

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

335

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à 1 heure

PAR

A. FERVAL

Né à la Trinité (Martinique), le 10 Septembre 1865

DES

KYSTES HYDATIQUES

INTRA-PÉRITONÉAUX

PRIMITIFS OU SECONDAIRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

JALAGUIER

et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

335

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à 1 heure

PAR

A. FERVAL

Né à la Trinité (Martinique), le 10 Septembre 1865

DES

KYSTES HYDATIQUES

INTRA-PÉRITONÉAUX

PRIMITIFS OU SECONDAIRES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

JALAGUIER

et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

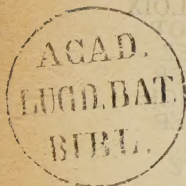
PARIS

JOUE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma tendre et affectueuse Mère

Faible témoignage de mon amour filial,

A la mémoire vénérée de mon Père

A la mémoire de mon Frère

Meis et rarissimis verè Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

En ces dernières années la question des kystes hydatiques multiples intra-péritonéaux intéressa vivement les chirurgiens de tous les pays. Thornton, en Angleterre, Billroth, en Allemagne, étudièrent ce sujet avec leur haute et magistrale compétence. En France, les murs de la Société de chirurgie résonnent encore du bruit de la belle discussion que souleva la question, et les débats ne sont encore pas clos aujourd'hui.

La question est donc toute d'actualité et ne pouvait manquer de captiver notre attention quand M. Mauclore nous donna l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous n'avons pas l'intention de produire une étude complète des kystes hydatiques de la cavité péritonéale, notre cadre restreint ne saurait justifier de telles prétentions. Nous envisagerons seulement les kystes indépendants ou paraissant indépendants des viscères, ceux qui se développent, *primitivement* ou *secondairement*, dans l'épaisseur des feuillets épiploïques, le méésentère, le tissu cellulaire

sous-péritonéal, le bassin, au milieu des anses intestinales, etc.

Nous essayerons de tirer au clair le problème confus encore de la pathogénie de cette affection ; nous nous efforcerons de fixer les termes de son diagnostic, étayant nos arguments d'observations recueillies consciencieusement dans les revues françaises ou étrangères ; nous nous appliquerons enfin à étudier aussi complètement que possible les différents procédés usités dans le traitement de ces kystes. Nous nous estimerions particulièrement satisfait si nous réussissions à apporter notre pâle rayon dans le faisceau lumineux qui devra désormais éclairer les recherches du clinicien et diriger la technique du chirurgien.

Mais avant d'aborder notre étude nous avons à cœur de payer la dette de reconnaissance que nous avons contractée vis-à-vis de nos maîtres dans les hôpitaux : MM. les Professeurs Potain, Dieulafoy, Budin ; MM. Boissard, Blum, Routier, Lucas-Championnière. Nous devons saluer respectueusement aussi la mémoire vénérée de Verneuil et de Ferrand. Nous leur devons à tous le meilleur de nous-même et leur adressons publiquement ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le Docteur Maygrier nous a toujours ouvert les portes de son service avec une franche cordialité, il nous a de plus honoré de son amitié ; nous avons

puisé dans son haut enseignement de l'art obstétrical plus d'un conseil précieux pour l'avenir, nous le remercions vivement en lui assurant que nous gardons de lui un profond souvenir que le temps ne saurait altérer en rien.

M. le Docteur Mauclore a été aussi pour nous d'une amabilité et d'un dévouement sans égal ; il nous a toujours accueilli avec une bienveillante affabilité dans tous les services qu'il a dirigés ; il a eu, en outre, l'obligeance de nous inspirer l'idée de ce travail et de guider nos premières recherches, nous le prions de croire à notre profonde gratitude et à notre inaltérable dévouement.

Que Monsieur le Professeur Tillaux daigne aussi recevoir le respectueux hommage de notre entière reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

L'histoire des kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale ne saurait être détachée de celle du cestode qui est le facteur nécessaire de l'affection hydatique. Nous ne saurions cependant, sans quitter les limites de notre sujet, retracer par le menu l'histoire du *tœnia échinocoque*. Nous rappellerons simplement que c'est Hartmann qui en soupçonna le premier l'animalité en 1685 ; Werner, bien plus tard, 1786, donna la première observation de kystes hydatiques chez l'homme.

Mais c'est Lesauvage, de Caen, en 1812, qui signala pour la première fois, dans les bulletins de la Faculté de Médecine, *les kystes de l'épiploon* ; Park, en 1817, étudia dans les transactions médico-chirurgicales de Londres, *les kystes du bassin au point de vue de la dystocie*. Mais ce fut avec les travaux de Charcot d'abord et de Davaine ensuite, que les kystes hydatiques de l'abdomen sortirent du chaos et que leur histoire conquist sa première page dans la littérature médicale. La question étant alors mise à l'ordre du

jour, les observations se multiplièrent la science s'augmenta de celles de Perrin, de Pize, de Budd, de Dolbeau et de nombreuses autres. De tous côtés, en France comme à l'étranger, les auteurs rivalisèrent de zèle et d'ardeur pour trouver la solution définitive de cette question complexe des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, mais les choses en restèrent sensiblement au point où Charcot et Davaine les avaient laissées. La pathogénie ne fit pas un pas, le diagnostic était le plus souvent fait à l'amphithéâtre et le traitement ne s'écarta pas des principes établis par Récamier et Bégin.

Aujourd'hui la question de la pathogénie commence à être tirée au clair. Clado, en France, dans un bel article paru dans le Progrès Médical (1), nous explique d'une façon séduisante autant que scientifique la migration dans la cavité abdominale de l'embryon hexacanthé de l'échinocoque. A Greifswald, Westhoff présente, en 1893, des explications qui peuvent être parfaitement soutenues. Plus tard, en 1898, Von Alexinsky ; en 1899, Riemann en Allemagne, apportent dans les débats des idées nouvelles qu'ils appuient de nombreuses expériences. Et la question n'est pas définitivement tranchée puisque dans la séance du 20 mars dernier de la Société de Chirurgie de Paris, M. Potherat combattait encore les idées admises.

(1) Progrès Médical, 1886, 2^e série, t. IV, p. 676.

Le traitement de la maladie est certainement la partie qui a fait les progrès les plus sensibles depuis 20 ans. En 1870, Spencer Wells tente pour la première fois, la cure radicale. L'opération est reprise en 1877 par Geissel. En 1878, Lindemann traite les kystes de l'abdomen par l'incision large, en un temps ; Landau perfectionne son procédé un peu plus tard et dès lors la marsupialisation est créée et restera longtemps le procédé de choix dans la chirurgie de certains kystes péritonéaux. Knowsley Thornton fait, en 1878, sur une femme enceinte de 7 mois, obs. XI, l'ablation *des kystes de l'épiploon avec résection de cet organe*, et l'extirpation des kystes qui étaient pédiculés. Plus tard, en 1883, il fait la suture d'un kyste du foie sans drainage. M. le professeur Tillaux pratique le premier en France l'énucléation des kystes avec résection de l'épiploon ; la même année 1887, M. Bouilly, tente la même opération avec un égal succès. La chirurgie des kystes hydatiques de la cavité abdominale est définitivement établie, elle est aujourd'hui d'une pratique courante dans nos hôpitaux.



Etiologie

La transmission à l'homme du *tœnia echinocoque* est aujourd'hui établie sur des bases solides. D'après les recherches de von Siebold, de Eschricht, de Leukart, de Krabbe, etc., notre chien domestique est le grand agent de cette transmission. Les eaux et les aliments sont les véhicules ordinaires des œufs du *tœnia* dans les voies digestives de l'homme; ces œufs y éclosent et donnent naissance à l'embryon hexacanthe, à l'hydatide. Pour certains auteurs, l'œuf de l'échinocoque peut pénétrer dans l'organisme humain autrement que par les voies digestives. Cet œuf serait pourvu d'innombrables aspérités, d'autant plus aiguës et pénétrantes qu'elles sont microscopiques, ces petites pointes donneraient à l'œuf les propriétés de déchirer les téguments au point quelconque où le contact a lieu et celui-ci est ensuite emporté dans les tissus par la voie de la circulation. La présence du cysticerque dans les muscles des membres ne trouverait-elle pas là son explication ?

Les considérations de sexe, d'âge, de constitu-

tion, jouent un rôle secondaire dans l'affection hydatique. D'après Finsen, cependant, les hydatides seraient beaucoup plus fréquentes chez la femme ; il indique le rapport de 1 : 2,27 pour les deux sexes. Si l'on considère que la femme, plus confinée dans la maison, en raison de son rôle dans le ménage, a, par suite, des rapports plus constants avec le chien ; si l'on envisage, en outre, sa naturelle ou capricieuse propension à rechercher la société et, parfois même, les caresses du caniche, on adopterait volontiers l'opinion de Finsen qui est cependant très controversée.

Relativement à l'âge, la maladie présente son maximum entre vingt et trente ans. Le plus jeune individu traité par Finsen avait quatre ans. Chez d'autres, l'affection aurait, dit-on, débuté dès l'âge de deux ans. Avant dix ans et après soixante ans, la proportion des cas est à peu près la même dans les deux sexes ; c'est entre dix et quarante ans que le sexe féminin l'emporte sur le masculin.

La maladie des hydatides n'est point héréditaire, comme on le croyait autrefois en Islande. L'uniformité des conditions dans lesquelles vivent les parents et leurs enfants, permet de comprendre comment les uns et les autres peuvent être atteints du même mal. On ne peut pas non plus admettre qu'un traumatisme en soit le point de départ ; le traumatisme agirait plutôt comme cause occasionnelle en rompant des kystes déjà existants. On ne peut imputer l'origine

des kystes à aucune autre cause qu'aux œufs du *tœnia*.

Les considérations basées sur la distribution géographique de la maladie ont une importance bien plus grande au point de vue étiologique. Les kystes hydatiques s'observent partout ; cependant ils sont rares dans l'Amérique du Nord (Leidy). En France, on en relève encore des cas assez fréquents, mais la répartition en est très inégale : Leudet les a trouvés plus fréquemment à Rouen qu'à Paris. Faut-il incriminer le voisinage du pays de Caux où l'élevage du mouton se fait sur une si grande échelle ?... Car c'est le mouton le plus ordinairement qui passe l'échino-coque au chien. Freund en rapporte des cas nombreux dans le nord de l'Europe, en Silésie ; Soudocoff (1) dit que les Bouriates de la Sibérie centrale forment un centre ethnique de l'infection hydatique.

Mais le pays par excellence, celui qui en est pour ainsi dire le berceau, c'est l'Islande. Tous les médecins, dit Porak, envoyés par le Gouvernement danois en Islande, ont surtout eu l'occasion d'observer cette maladie. Nous leur devons la publication de très intéressants mémoires. Finsen admet que, en Islande, on rencontre des kystes une fois sur 43 individus et sur 55,5 malades. Cette proportion est d'ailleurs très inférieure à celle indiquée par Thorstensen : un septième de la population.

(1) Soudocoff. *Vratch*, 1897, 30 octobre.

La propagation de la maladie est en outre favorisée par la malpropreté des individus et par une cohabitation forcée avec leurs chiens pendant les temps froids. D'autre part, les bestiaux gardés par ces chiens sont infestés d'hydatides ; leurs viscères remplis de ces entozoaires sont mangés par les chiens et le mal se perpétue ainsi d'une manière indéfinie.



Anatomie pathologique

Les kystes hydatiques que nous étudions, peuvent se rencontrer dans tout le territoire de la cavité abdominale. On les trouve le plus souvent dans le grand épiploon, où ils sont logés dans l'épaisseur des feuillets (Bouilly), dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (Obs. I) : le repli qui forme le mésocôlon transverse présentait dans toute sa longueur une chaîne ininterrompue de petits kystes du volume moyen d'une pomme d'api, dans le bassin où la pesanteur les entraîne. Soudocoff (1) *en a trouvé, fait curieux, dans la vessie* en nombre suffisant pour remplir complètement cet organe. C'est la deuxième observation de kystes vésicaux que possède la science avec celle d'Ainswarth. Les kystes du tissu cellulaire sous-péritonéal sont généralement suspendus par un long pédicule dans la cavité abdominale.

Le nombre de ces tumeurs est parfois incalculable : Cas de MM. Schwartz, Mauclaire, Tillaux. Leur

(1) Vrach, 30 décembre 1898.

volume varie d'un pois à une tête de fœtus ordinairement. Soudocoff (1) en cite un énorme qui pesait 48 livres, chiffre dépassant considérablement le maximum connu (28 livres, cas du Docteur Tommassini).

Le kyste est formé d'une membrane péri-kystique conjonctive, fibroïde, produite par l'irritation provoquée par la vésicule parasitaire. Cette membrane peut avoir un demi centimètre d'épaisseur et au-delà : elle est recouverte d'un réseau vasculaire, c'est elle, d'après Giraldès, qui alimente la tumeur. Dans cette première membrane est inclus le kyste proprement dit avec ses deux membranes. L'externe est opaline, demi transparente et formée de plusieurs couches stratifiées non vasculaires ; l'interne est granuleuse, framboisée, c'est la membrane fertile de Robin, celle qui donne naissance aux vésicules, aux échinocoques. Les vésicules naissent sous forme de bourgeonnements sessiles, qui se pédiculisent, se remplissent de liquide, se détachent et tombent à l'intérieur du kyste. Les vésicules filles sont plus ou moins nombreuses dans la poche-mère, certaines d'entre elles contiennent une troisième et même une quatrième génération.

La cavité kystique contient également une quantité de liquide variant de quelques grammes à plusieurs litres, ce liquide est limpide, clair comme l'eau

(1) Loc. cit.

de roche ; au microscope on y découvre des crochets ; il ne présente pas d'albumine si les hydatides sont vivantes, mais après la mort de celles-ci il en contient une certaine quantité. L'albumine, d'après Gubler, servirait de nourriture aux hydatides, c'est pourquoi on n'en trouve pas dans des kystes vivants.

Les kystes généralisés de la cavité péritonéale détruisent complètement les rapports normaux des organes qui y sont contenus. Les kystes de l'épiploon refoulent, en se développant, le foie et l'estomac sous le diaphragme qui fait saillie dans la cavité thoracique ; ceux qui siègent dans les flancs compriment les reins, les uretères, et nuisent à la physiologie de ces organes. Le grand épiploon, le mésentère, envahi par les nombreuses tumeurs, descendent presque dans le bassin en contractant des adhérences multiples avec les intestins et les organes pelviens.

Les kystes du bassin détruisent l'utérus et réduisent ses parois à l'épaisseur d'une mince lamelle, comme le rapporte Kuchenmeister (Obs. X). Le cul-de-sac de Douglas, dans quelques cas, celui de Clado (Obs. III), par exemple, ne se fait plus aux dépens du rectum et de l'utérus, il est limité en avant par ce dernier organe et en arrière par les kystes. La vessie, repoussée, remonte au delà de ses limites, prend parfois la forme d'un sablier comme l'a vu M. le professeur Tillaux.

Pathogénie

L'étude même de nos observations nous impose la division des multiples tumeurs hydatiques de la cavité péritonéale en *secondaires* et *primitives*. Sur les 18 observations que nous rapportons nous en avons, en effet, 11, dont 4 avec autopsie à l'appui, ayant trait à des kystes développés dans l'épiploon, le mésentère, le tissu cellulaire sous-péritonéal ou le bassin, à l'exclusion absolue du foie, de la rate ou des reins.

1° *Kystes secondaires*. — Les auteurs admettent généralement que les kystes péritonéaux sont consécutifs à la rupture d'un kyste viscéral primitif. Les vésicules filles, les hydatides portant des scolex, obéissant aux lois de la pesanteur, tombent dans la cavité abdominale ; elles sont arrêtées en grand nombre par le filet épiploïque tendu sur leur trajet. A l'endroit où les hasards de la dissémination les fixent, elles s'y implantent et donneraient naissance aux tumeurs kystiques. L'observation de M. Peyrot, VII, fournirait un beau cas de ce genre, 4 ans auparavant la malade

avait été opérée par M. le Professeur Duplay d'un kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen. Clado a repoussé cette théorie dans l'article publié par le *Progrès Médical*, 1886. Von Alexinsky en 1898 (1), Riemann en 1899 (2) ont essayé, par des expériences *in anima vili*, de soutenir l'opinion acceptée. Ils ont injecté à des lapins et à des chiens du liquide hydatique frais dans le péritoine ; ils ont implanté des vésicules hydatiques au sein de la cavité péritonéale et ont enfin injecté des vésicules germinatives renfermant des scolex. Les résultats obtenus par ces expérimentateurs ont été les suivants : l'injection du liquide hydatique seul n'a donné aucun effet appréciable ; l'implantation des vésicules filles a produit un résultat mixte : un grand nombre de ces vésicules ont péri, d'autres sont restées vivantes, ont augmenté de volume et *seraient* même susceptibles de donner d'autres vésicules filles.

Les recherches de ces expérimentateurs n'ont pas à notre avis, atteint le but qu'ils se proposaient. En effet, dans un seul cas, celui de l'implantation des vésicules filles, nous voyons mourir la plupart de celles-ci et survivre et se développer quelques autres. Mais ces dernières se sont-elles développées jusqu'à donner des kystes absolument complets, comme ceux produits par l'embryon hexacanthé ? Voilà ce qu'il

(1) Alexinsky. *Archiv. f. Klin. Chir.* LVI, 4.

(2) Riemann. *Beitrag, I. Klin. Chir.* XXIV, 1.

importerait d'établir pour trancher définitivement la question, et ce que ne disent point Alexinsky et Riemann. Ces observateurs, employant un conditionnel qui n'a rien d'indicatif, se contentent de dire que les vésicules filles restées vivantes SERAIENT même capables de donner d'autres vésicules filles. C'est possible, mais en ont-elles donné ?

Dans la séance du 20 mars dernier de la société de Chirurgie de Paris, M. Potherat, revenant sur cette question de la pathogénie des kystes hydatiques, s'appuyant judicieusement sur la genèse même de l'échinocoque, a nié absolument qu'un kyste hydatique, à quelque stade que ce fût de son évolution, pût reproduire un autre kyste hydatique. Admettre une pareille hypothèse, dit-il, serait admettre la possibilité d'une évolution en retour, d'une *rétrogenèse*, dirons-nous, de l'échinocoque, qui reproduirait, à un moment donné, des hexacanthés multiples, facteurs nécessaires à la formation des kystes hydatiques. Or ce fait de la *rétrogenèse* est contraire à toutes les lois du développement progressif d'une espèce. De plus, l'embryon hexacanthé n'existe pas, il n'a jamais été décelé dans la poche hydatique, un kyste complet ne saurait donc sortir de celle-ci.

Il est donc inexact, avec la théorie de M. Potherat, de rapporter à la rupture d'un kyste viscéral primitif la présence de kystes multiples dans la cavité péritonéale. L'infection péritonéale est absolument

indépendante du premier kyste, elle peut lui être contemporaine, comme elle peut aussi lui être postérieure, elle est le résultat de la pénétration de germes multiples dans la cavité abdominale, germes qui seraient restés inaperçus au moment de l'opération du kyste viscéral rompu. Les hydatides qui s'implantent dans la cavité péritonéale, lors de la rupture d'un kyste viscéral, peuvent, s'y développer jusqu'à un certain point, mais elles mourraient ensuite et n'arriveraient jamais à faire de vrais kystes hydatiques.

2° *Kystes primitifs*. — Les tumeurs hydatiques se développent primitivement quelquefois dans la cavité abdominale, nous voulons dire que l'on peut voir des kystes hydatiques multiples dans l'épiploon, le mésentère, le tissu cellulaire sous-péritonéal et les organes pulviens sans qu'il y ait en même temps invasion parasitaire du côté du foie, des reins ou de la rate. C'est un fait d'observation à l'amphithéâtre et non point une simple hypothèse basée seulement sur l'exploration plus ou moins complète des organes faite par le chirurgien au cours d'une opération. Bonhomme (Obs. VIII), Geissel (Obs. IX) déclarent catégoriquement, après autopsie de malades morts d'infection hydatique péritonéale, que le foie, la rate et les reins étaient absolument sains et ne portaient aucune trace de tumeur kystique ancienne ou récente. Kuchenmeister (Obs. X) et Seydel (Obs. XII) ne parlent pas, à l'autopsie, de kystes de ces organes. La

malade opérée et guérie par M. le professeur Tillaux (Obs. XIII) avait le foie absolument net, autant qu'un examen pratiqué pendant l'opération permet de l'affirmer. De même Knowsley Thornton (Obs. XI) et Bouilly (Obs. XIV) ne mentionnent aucun kyste ni aucune trace de kyste du foie chez les malades qu'ils ont opérés.

A moins de suspecter la bonne foi scientifique de ces observateurs, on ne peut mettre en doute les faits qu'ils rapportent et nier les kystes primitifs péritonéaux, et ces observations corroboreraient, à notre avis, l'opinion émise par M. Potherat. Toutefois au point où on en est actuellement la question, nous ne saurions condamner absolument la théorie du développement secondaire du kystes intra-péritonéaux. En attendant que des expériences plus concluantes viennent éclairer les débats, nous nous contenterons de dire, comme l'arbitre de Virgile, aux partisans de l'une et l'autre théories : *tu vitulâ dignus et hic*.

Migration des hydatides. — Comment expliquer la migration des hexacanthés des intestins dans la cavité abdominale ? quelles voies suivent-ils pour y arriver ? Ici, nous trouvons une grande divergence d'opinion chez les auteurs. Pour les uns, parmi lesquels nous citerons seulement Westhoff de Greifswald (1), les embryons arriveraient dans la cavité

(1) *Annals of Surgery*, 1887, t. XVII, p. 241.

abdominale par les voies de la grande circulation. Après avoir perforé l'intestin, ils pénétreraient dans le canal thoracique pour gagner ensuite le cœur droit, de là, ils passeraient dans le poumon, le cœur gauche et seraient ensuite transportés dans les organes. Clado repousse cette hypothèse, en disant que « si les hydatides pouvaient être véhiculées par la grande circulation, on en trouverait également dans les autres viscères ». La réfutation de Clado ne vaut pas. Nous ne voulons pour la réduire à néant que lui opposer un extrait du tableau comparatif de la fréquence des kystes hydatiques dans quelques organes, tableau publié par M. le professeur Blanchard dans son histoire naturelle médicale.

	Davaine	Böcher	Neisser	Finsen	Madelung
	—	—	—	—	—
Foie.....	166	17	451	176	132
Poumon.....	40	5	67	7	21
Cavité crânienne	22	»	68	»	1
Rate.....	»	4	28	2	3
Appareil circula-					
toire.....	12	1	29	»	1
Reins.....	31	2	80	3	7
Système osseux.	17	»	28	»	3
	—	—	—	—	—
	288	29	752	188	168

Nous pouvons ajouter la vessie aux organes qui

figurent dans ce tableau. Les observations de kystes vésicaux sont extrêmement rares, il est vrai, il n'en existe à notre connaissance que deux cas dans la science celui de Ainswarth et celui de Soudocoff (1) dans l'un et l'autre la vessie a été trouvée remplie de kystes hydatiques. L'argument de Clado ne tient donc pas debout, il ne peut servir tout au plus qu'à combattre sa propre idée et prouver ce qu'il voulait réfuter.

*Pour d'autres auteurs, les embryons hexacantes passeraient directement de l'intestin dans les organes abdominaux : voici comment Clado explique cette migration : (2) « Les hexacantes, après avoir perforé
« le gros intestin, et peut-être aussi l'intestin grêle,
« cheminent dans l'abdomen. Les uns sont arrêtés
« dans le grand épiploon, voyagent dans les longues
« veinules qui partent du gros intestin et remontent,
« conduits par cet épiploon, du côté des veines de l'es-
« tomac. D'autres, transportés par la veine-porte,
« vont se localiser dans le parenchyme hépatique.
« Enfin, ceux qui ont pénétré dans les veines hémor-
« roïdales, se sont arrêtés dans le petit bassin et, de
« là, ils ont voyagé, par les nombreuses communica-
« tions de ces veines avec les veines utérines et les
« veines du ligament large, dans les cavités pel-
« viennes ». S'il avait été donné de surprendre un*

(1) Pozzi. — Revue gynécologique et de chirurgie abdominale, 1898, p. 726.

(2) Clado. — Loco citato.

hexacanthé au cours de sa migration à travers ce système veineux, l'opinion de Clado aurait une indiscutable valeur ; nous constatons néanmoins qu'elle est très logique que la dissémination, dans beaucoup de cas, doit se faire de cette façon, mais nous reconnaissons également que dans des cas non moins nombreux, elle se fait aussi par la grande circulation.



Evolution clinique

Il n'est peut-être pas, dans la nosologie chirurgicale, une maladie dont la symptomatologie soit moins nette que celle de l'infection hydatique abdominale. Son début est à ce point insidieux qu'elle reste complètement ignorée pendant de longs mois, des années même. Dans un cas rapporté par MM. Tuffier et Barbarin (1), le kyste a mis 10 ans à évoluer ; la malade s'en aperçut un matin qu'elle ne pouvait pas mettre son corset.

Les kystes hydatiques de l'abdomen grossissent donc très lentement ; ils sont indolents, à peine gênants et n'inquiètent pas autrement le malade. Lorsque la généralisation est nettement établie, que les tumeurs ont atteint un certain volume, on constate des troubles variables suivant le nombre de ces tumeurs, leur grosseur, leur siège. Tantôt le malade accuse simplement de la pesanteur abdominale ; tantôt il se plaint d'anorexie, de vomissements alimentaires ou bilieux dont l'explication n'apparaît pas très claire.

Souvent il se plaint d'une diarrhée continue et

(1) Bulletin Société anatomique, 1898. p. 689

opiniâtre et de difficultés dans la miction ; chez la femme, l'hémorragie menstruelle est profondément troublée, suspendue même quelquefois. Enfin, le malade maigrit progressivement, devient cachectique avec la teinte caractéristique des tumeurs malignes de la cavité abdominale. Quelquefois le malade peut avoir d'abondantes expectorations d'hydatides, comme dans le cas de Bouilly (Obs. XIV) ; il peut aussi donner des selles remplies d'hydatides ; cas de Westhoff (Obs. VI) et de M. Mauclore (Obs. XVII) ce sont des signes précieux pour le diagnostic.

Tout ce cortège de symptômes se déroule le plus souvent sans aucune élévation appréciable de la température. Quelquefois cependant la courbe thermométrique monte à 38° 5, 39° et même au dessus ; dans ce cas, il y a généralement de la suppuration dans la poche kystique, rupture du kyste dans la cavité péritonéale, le malade porte une éruption plus ou moins confluyente d'urticaire, et il n'est pas rare de constater alors les signes d'une péritonite localisée ou généralisée.

Dans tous les cas, lorsqu'un malade atteint d'infection hydatique abdominale se présente à notre observation, il y a déjà longtemps que son mal a débuté, et, au premier examen, on est frappé du développement plus ou moins considérable de l'abdomen tout entier ou d'une région seulement.

Si l'on explore attentivement la paroi abdominale

on sent des masses en plus ou moins grand nombre, plus ou moins régulières, d'une dureté tout-à-fait spéciale, caractéristique. Si les tumeurs kystiques sont en petit nombre, éloignées les unes des autres, elles sont ordinairement lisses, régulières, arrondies ; au contraire, si les hydatides sont très nombreuses, voisines les unes des autres, on a la sensation de masses irrégulières, mamelonnées, élastiques, disposées en chapelet et toujours dures. Cette dureté peut être expliquée par les caractères anatomiques du kyste : il est constitué par deux membranes d'enveloppe, la membrane adventice, d'enkystement et la membrane propre de l'hydatide : il contient fréquemment dans son intérieur un nombre considérable d'hydatides filles. Dans ces conditions la fluctuation doit être forcément obscure ou nulle. Cependant lorsque les tumeurs sont suppurées, ramollies, elles peuvent donner la sensation d'une demi fluctuation, cas de de Bartholome (Obs. II), Knowsley Thornton (Obs. XI).

En percutant les multiples tumeurs de l'abdomen on constate des zones de matité bien définies, correspondant aux tumeurs ; ces différentes zones de matité sont séparées par des lignes de sonorité, ce sont les espaces libres qui existent entre les kystes. Si l'on pratique la percussion d'après la méthode indiquée par Briançon, on pourra percevoir le frémissement hydatique, on aura alors le signe pathognomonique de

l'infection qui nous occupe. Mais ce frémissement hydatique est un symptôme bien infidèle, qui ne se produit que dans des circonstances particulières. D'après Briançon, c'est aussi l'avis de M. le professeur Tillaux, pour qu'il se produise il faut très peu de liquide et un nombre assez considérable d'hydatides filles dans la vésicule mère. C'est le choc des hydatides filles entre elles qui produirait d'après M. le professeur Tillaux, ce frémissement. Par le toucher rectal ou vaginal on peut, quand la tumeur kystique siège dans le petit bassin, la déceler avec tous les caractères que nous lui avons décrits plus haut.

La ponction exploratrice d'une des tumeurs fournit aussi un facteur de haute valeur pour le diagnostic. Le liquide hydatique est limpide comme l'eau de roche, contient des crochets d'échinocoques que l'on peut déceler au microscope : il renferme une petite quantité de chlorure de sodium ; il n'a pas d'albumine et n'est pas coagulable par la chaleur ou l'acide azotique.

Les kystes hydatiques de l'abdomen peuvent s'y trouver en nombre plus ou moins considérable ; ils sont quelquefois si nombreux qu'on renonce à les compter. Ils siègent en tous les points de la grande cavité. Lacombe en a trouvé sous le diaphragme (Obs. I), au milieu des anses intestinales ; Von Gieson (Obs. IV) en signale dans la région inguinale, sur le psoas iliaque, contre l'appendice iléo-cœcal ; Geissel

(Obs. IX) en a trouvé sur le milieu de la paroi abdominale. Mais les hydatides de la cavité abdominale semblent avoir une prédilection pour l'épiploon, le tissu cellulaire sous-péritonéal et le petit bassin. Nous ne parlons pas du foie qui est le viscère le plus souvent atteint. L'épiploon, très vasculaire, fournit un milieu on ne peut plus favorable au développement de l'hydatide: en outre, placé, comme il est, à l'instar d'un filet, au-devant et au-dessous des viscères abdominaux, il recueille facilement les hydatides qui proviennent de la rupture d'un kyste primitif d'un de ces viscères.

Complications. — La maladie hydatique abdominale donne lieu parfois à des complications redoutables. De Bartolome (Obs. II) nous cite un cas d'occlusion intestinale par compression du côlon; le malade mourut.

Les tumeurs du petit bassin compriment le rectum, l'uretère, la vessie. M. Porak croit que cette compression n'entraîne pas la dilatation des uretères ni des phénomènes rénaux. L'utérus aussi peut souffrir considérablement du voisinage de ces kystes qui peuvent détruire ses parois au point de s'inclure de sa cavité. Chez les femmes enceintes les kystes du bassin compliquent le travail de façon très inquiétante; le travail peut s'arrêter, le muscle utérin se rompre. Puchelt dans la *Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus*, nous cite un cas assez

curieux : La femme qui fait l'objet de cette observation présentait une tumeur volumineuse de l'excavation pelvienne qui arrêta totalement le travail. Pensant à une tumeur solide, on pratiqua l'opération césarienne, mais la femme mourut 40 heures après. A l'autopsie on trouva cinq tumeurs hydatiques qui pesaient ensemble quinze livres. Quatre de ces tumeurs siégeaient dans la cavité abdominale : une dans la région hypogastrique, deux autres dans la région qu'occupent habituellement les trompes et les ovaires, une contre l'utérus. La cinquième occupait l'excavation pelvienne, elle avait contracté une union si intime avec le rectum, le vagin, le col et le corps de l'utérus, qu'il eut été impossible de l'en séparer sans déchirer ces organes.

Dans un autre cas rapporté par Küchenmeister, on trouva, chez une femme morte de rupture utérine pendant l'accouchement, un certain nombre de kystes hydatiques. L'un deux, solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col, avait réduit, par atrophie, la paroi utérine à une lamelle très mince et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait un obstacle réel à l'accouchement.

Enfin il faut encore citer parmi les complications des kystes hydatiques multiples de l'abdomen, la compression des vaisseaux splanchniques, des iliaques notamment et l'anasarque qui en résulte.

Diagnostic

Le diagnostic des kystes hydatiques multiples intra-péritonéaux est le plus souvent très difficile, la symptomatologie de cette affection fournissant si peu de signes caractéristiques. Si l'on avait une collection de tumeurs, grosses ou petites, *lisses, indolentes, rénitentes, dures, qui se sont développées lentement, sans ascite, sans ictère, sans fièvre; si l'on avait surtout la rare chance de percevoir le frémissement hydatique, d'observer des expectorations ou des selles hydatiques.* le diagnostic s'imposerait. Mais il s'en faut que l'on rencontre souvent des cas si simples. Les tumeurs hydatiques péritonéales simulent presque toutes les autres tumeurs de la cavité.

Nous établirons le diagnostic pour les kystes siégeant dans la partie supérieure de la cavité péritonéale, au-dessus du bassin, *kystes supérieurs*, et pour ceux qui siègent dans le bassin, *kystes inférieurs*.

1° *Kystes supérieurs.* — Ils sont la plupart du temps confondus : 1° avec *les tumeurs malignes* de la région. Cette erreur de diagnostic est possible seulement dans

le cas d'un malade d'un certain âge, les tumeurs malignes ne s'observant guère avant 35 ans. Dans ces dernières, on ne trouve ni la rénitence, ni la dureté presque caractéristique des kystes hydatiques ; les bosselures carcinomateuses sont plus mollasses, pâteuses ; la marche de la maladie est surtout plus rapide et s'accompagne d'un retentissement ganglionnaire qu'on ne trouve pas dans les kystes hydatiques. La méprise est cependant facile puisque Dupérié (1), pour ne citer que lui, dans un cas d'infection hydatique, diagnostiqua ferme un cancer encéphaloïde ;

2° Le ballonnement et l'augmentation de volume du ventre, la douleur qui s'observe parfois, pourraient faire penser à une *péritonite enkystée* ou à une *péritonite tuberculeuse*. Mais dans ces deux cas, indépendamment des troubles digestifs qui sont communs avec la maladie hydatique, on observe une élévation de la température qui n'existe pas dans l'infection kystique, à moins de suppuration du kyste et de rupture dans la cavité abdominale ; de plus, dans la péritonite tuberculeuse, les ganglions inguinaux sont généralement envahis.

3° Quand les tumeurs remontent dans l'hypochondre droit, elles peuvent être confondues avec les *tumeurs du foie* : cancer, kyste hydatique, syphilis du foie (obs. I) Les considérations que nous avons énumérées

(1) Dupérié. Bullet. Soc. anat. 1875, 2^e série, t. 20, p. 840, 843.

plus haut, établiront le diagnostic avec le cancer. Dans le cas de syphilis du foie, l'âge de l'ulcération primitive, l'absence ou la présence d'accidents secondaires fourniront des signes précieux. En tout cas, le traitement spécifique pourra servir de pierre de touche.

4° Les kystes hydatiques pourraient être encore pris pour une *hydronéphrose*, mais dans ce cas le malade accusera quelquefois des coliques néphrétiques antérieures à la tumeur, celle-ci est ordinairement fluctuante. L'examen du liquide apportera d'excellents éléments pour le diagnostic : Nous savons en effet que le liquide de l'hydronéphrose, contient souvent de l'albumine et n'a pas les caractères physiques de celui du kyste hydatique.

5° Les kystes hydatiques intrapéritonéaux peuvent être confondus avec les tumeurs qui siègent dans le mésentère. En explorant attentivement la région abdominale, on constate, quand les tumeurs intéressent le mésentère, la présence d'une ou de plusieurs anses intestinales en avant de celles-ci. Au contraire, si c'est le grand épiploon ou le tissu cellulaire sous péritonéal qui est intéressé on n'observe jamais d'anse intestinale en avant des tumeurs.

6° On pourrait encore confondre les kystes avec un rein flottant, mais la forme spéciale de l'organe, les douleurs avec irradiation vers les uretères sont assez nettes pour établir le diagnostic.

2° *Kystes inférieurs ou pelviens.*—Les kystes hyda-

tiques qui siègent dans le bassin simulent à s'y méprendre : 1° un *fibrome de l'utérus* ; nous avons plus d'une observation où le chirurgien croyait opérer un fibrome. Les troubles mécaniques : compression du rectum, de la vessie ; les troubles de la menstruation sont en effet les mêmes dans les deux cas. Mais le fibrome utérin donne lieu quelquefois à des douleurs expulsives analogues à celles de l'accouchement, pendant lesquelles on peut voir quelquefois le fibrome se présenter dans le vagin, ces apparitions ont été signalées par Huguier et Larcher. En outre, en pratiquant avec soin le toucher vaginal et en imprimant en même temps, à travers les parois abdominales, des mouvements à la tumeur, on peut sentir si elle fait ou non corps avec l'utérus ; dans le 1^{er} cas, il y aurait des chances pour que ce fut un fibrome, dans l'autre cas, on pourrait incliner vers l'idée de kyste, si l'on réunissait d'autres signes à côté de celui-là.

2° On a souvent diagnostiqué des *kystes multiloculaires* de l'ovaire pour des kystes hydatiques du bassin. Comme signes différentiels, nous ne voyons guère que la fluctuation qui est constante et bien nette dans les premiers, qui ne présentent pas non plus la dureté et la rénitence des seconds.

3° Les kystes hydatiques pelviens ont été souvent pris pour des salpingites ou des salpingo-ovarites. Dans ces dernières affections on constate une douleur nettement localisée sur les côtés de l'utérus, dou-

leur qui s'exaspère par le toucher et le palper abdominal et aussi au moment des époques. En outre chez les malades atteintes de salpingites on voit souvent, à des intervalles à peu près réguliers, des poussées inflammatoires fébriles qui ont le caractère de poussées de péritonisme. Il n'y a rien de semblable dans les kystes hydatiques.

Enfin 4° les kystes hydatiques du bassin ont souvent fait croire à une *grossesse au début*. Avant l'établissement des signes de certitude de la grossesse il peut y avoir erreur, car on voit aussi bien les règles se supprimer dans la maladie hydatique, de même on observe les troubles digestifs de la grossesse ; mais l'erreur n'est plus possible dès qu'on a perçu les mouvements actifs du fœtus et entendu les battements de son cœur.



Pronostic

En 1882, Masseron (1) reconnaissait une étonnante gravité à l'infection hydatique abdominale. Tous les cas au-dessus de trois kystes, dit-il, se terminent généralement par la mort quand une cause intercurrente ne vient pas enlever d'abord le malade. Masseron est certainement un peu pessimiste, d'un pessimisme justifié cependant par les observations qu'il rapporte. Sans être aussi catégorique que lui, nous dirons pourtant que les kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale sont d'un pronostic fort sérieux, car il faut compter avec les ruptures des kystes dans la cavité thoracique, l'estomac, l'intestin ou le péritoine, et aussi avec les complications si redoutables parfois. Néanmoins le traitement actuel de l'affection a singulièrement modifié la gravité du pronostic.

Quand les kystes viennent à s'enflammer, les hydatides meurent, le liquide devient purulent, des

(1) Masseron, thèse de Paris, 1882.

adhérences s'établissent entre les kystes, le diaphragme et la plèvre, et, au milieu d'un bruyant cortège de frissons, de fièvre et de douleur au niveau de la tumeur, la poche s'ouvre dans la cavité pleurale, déterminant un pyo-pneumothorax souvent mortel. Si les feuillets de la plèvre sont adhérents, l'épanchement kystique se fait dans les bronches et les hydatides peuvent être rejetées sous forme de vomique et la maladie se terminer par la guérison. Malheureusement le malade rend le plus souvent un liquide séropurulent, fétide, mélangé de sang parfois, teinté de bile et la gangrène pulmonaire, des hémoptysies viennent assombrir le pronostic, emporter le malade.

L'ouverture des kystes dans l'estomac est un fait rare ; elle est généralement suivie de mort. Dans l'intestin, cette ouverture se fait ordinairement au niveau du côlon ou du duodénum, les hydatides sont, dans ce cas, rejetées par le rectum et la guérison survient. Quand des kystes suppurés se rompent dans le péritoine, ils provoquent une péritonite aiguë mortelle.

Les complications habituelles des kystes abdominaux : *occlusion intestinale*, *compression de la vessie, de l'utérus*, sont d'un fâcheux pronostic. Dans le cas de de Bartholome, obs. II, nous voyons mourir le malade d'occlusion intestinale ; chez la femme enceinte nous voyons les kystes du bassin provoquer les désordres les plus graves au moment du travail et occasionner même la rupture de l'utérus. Obs, X

A côté de ces cas d'une incontestable gravité, il en est d'autres très bénins où les kystes évoluent jusqu'à leur complet développement et meurent ensuite. Quand ils ont achevé leur évolution, cela en un temps variant de 10 à 65 ans, d'après les auteurs, ils subissent des altérations remarquables. Le liquide se résorbe, la régression s'empare des hydatides, et il ne reste plus dans la poche qu'un amas enkysté de matières puriformes ou athéromateuses. Les tumeurs s'affaissent, dans ces cas, et semblent guérir spontanément. Ces derniers cas sont loin d'être les plus habituels. En thèse générale la maladie hydatique comporte un pronostic suffisamment grave pour déterminer le chirurgien à opérer aussitôt que son diagnostic sera confirmé.



Traitement

Le traitement des kystes hydatiques multiples intra-péritonéaux a fait d'étonnants progrès en ces vingt dernières années. Il est inutile de rappeler ici les méthodes employées depuis que Récamier appliqua les caustiques à la Chirurgie des kystes du foie. Nous ne parlerons que de l'énucléation, de l'extirpation et de la marsupialisation, les seuls procédés utilisés aujourd'hui dans le traitement chirurgical de ces kystes, réservant le procédé de M. Delbet, l'incision sans drainage avec suture et capitonnage, pour les seuls kystes viscéraux. Pour donner plus de clarté à ce chapitre de thérapeutique des kystes intrapéritonéaux, nous diviserons les cas en *simples* et *complexes*.

Cas simples : Les cas simples comprennent les kystes qui n'ont pas contracté des adhérences intimes avec les tissus environnants et ceux qui sont situés dans un organe physiologiquement insignifiant, l'épiploon par exemple. La plupart de ceux-ci siègent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et sont comme

suspendus par un pédicule plus ou moins long dans la cavité abdominale. Leur traitement est alors des plus simples, après avoir fait la ligature des pédicules on procède purement et simplement à l'extirpation des kystes. Quel que soit le siège des kystes toutes les fois qu'il porte un pédicule, c'est le procédé de choix. L'extirpation est une fort belle opération dont les suites sont des plus bénignes et qui donne une guérison rapide.

Quand les tumeurs siègent dans un organe dont l'utilité physiologique n'est pas absolue, l'opération est aussi simple. Dans les kystes épiploïques il n'y a qu'à réséquer l'épiploon et enlever les kystes avec l'organe, c'est ce que firent M. le professeur Tillaux et M. Peyrot, c'est aussi la technique employée par la majorité des chirurgiens.

Quand les adhérences des kystes avec les organes voisins sont déjà solides, que l'intestin ou les gros vaisseaux risquent d'être lésés dans la manœuvre, il serait imprudent de tenter l'extirpation, mieux vaudrait essayer une dissection, une énucléation minutieuse. Cependant M. Lucas-Championnière a tenté les chances dans un cas de ce genre et il a eu la satisfaction de voir le succès couronner son audace.

Cas complexes. — Ils comprennent ceux dans lesquels les kystes adhèrent solidement, intimement avec les tissus environnants et ceux dans lesquels les kystes sont suppurés. Il faut, dans ces cas, abandonner

l'extirpation et l'énucléation qui seraient dangereuses et opérer d'après le procédé de Lindemann-Laudau, c'est-à-dire faire la marsupialisation.

Cette opération est pratiquée couramment dans les hôpitaux, nous croyons devoir nous dispenser d'en donner la description qui a d'ailleurs été faite bien souvent déjà. Nous dirons en deux mots seulement les différents temps que Landau y met : Dans un premier temps, il incise la paroi kystique ; 2^e temps, il applique le kyste à la paroi au moyen d'un fil placé à l'angle supérieur de la plaie et d'un autre placé à l'angle inférieur et perpendiculairement à l'incision pariétale ; 3^e temps, il ponctionne le kyste avec l'aspirateur armé d'une aiguille et il aspire une quantité de liquide suffisante pour permettre d'attirer au dehors la paroi du kyste relâchée et de l'ouvrir à l'intérieur sans aucun inconvénient pour le péritoine ; 4^e temps, le kyste étant vidé, il incise autant que possible les bords de la poche avant de la suturer à la paroi abdominale ; 5^e temps, il suture les bords du kyste à la paroi et place les drains.

Cette opération constitue un réel progrès dans la chirurgie des kystes hydatiques : il a le seul inconvénient d'avoir des suites longues et fâcheuses. Quand les kystes siègent dans le cul-de-sac de Douglas, on pourra les marsupialiser dans le vagin comme a fait M. J.-L. Faure, observ. XVIII, et si l'utérus portait le moindre obstacle à l'opération ; si surtout l'organe

avait, comme dans l'espèce, pris sa retraite physiologique, à l'exemple du jeune maître de la chirurgie française, il ne faudrait pas hésiter à en faire l'extirpation préalable ; on aurait ensuite toute facilité pour pratiquer un large drainage abdomino-vaginal.

Nous ne saurions également trop recommander la technique suivie par M. Mauclaire (observ. XVI). Voici comment il procéda : Il extirpa d'abord plusieurs kystes intra-épiploïques. Pendant l'opération il ouvrit accidentellement le colon transverse. Celui-ci fut suturé et grâce à la suture et aussi aux adhérences intra-péritonéales, cet accident n'eut pas de conséquence grave. Quant au kyste principal qui occupait tout le pelvis et bombait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, M. Mauclaire avait eu l'intention non pas de l'extirper, mais d'en favoriser la résorption par l'ouverture et au niveau de l'hypogastre et au niveau du vagin, c'est-à-dire, en faisant le drainage abdomino-vaginal. Cette méthode est en effet indiquée pour les kystes pelviens très adhérents, dont l'extirpation paraît dangeuse.

Enfin, nous conseillons, pour terminer, la conduite suivie par M. le professeur Tillaux, observ. X ; par M. Bouilly, observ. XI et par M. Schwartz, obs. XIV et XV. Toute la chirurgie des kystes hydatiques intrapéritonéaux est certainement synthétisée dans ces différents procédés.

Observations

Observations de kystes intrapéritonéaux secondaires.

OBSERVATION I

*Kystes hydatiques multiples de l'abdomen par
Lacombe, Int. des Hôp. (Bull. Soc. Anat., 1872).
Autopsie.*

M. F. . . , employé, âgé de 53 ans, entre à Lariboisière,
service de M. Millard, le 19 septembre 1872.

Il est rachitique, mais de bonne santé habituelle.

Il a eu, il y a 14 ans un chancre sur le gland ; il a été
soigné à l'hôpital du Midi pendant 2 mois 1/2 par le proto
iodure de mercure et l'iodure de potassium. Il n'a pas eu
d'accident.

Il a l'aspect cachectique ; l'abdomen, très développé,
contient de l'ascite. Dans la région du foie on trouve une
tumeur bosselée, volumineuse, indolente ; il n'a pas de
troubles digestifs.

L'idée de cancer écartée, on diagnostique tumeur syphi-
litique du foie.

Le 23 septembre survient un œdème des membres inférieurs.

Le 24, l'œdème se généralise, diarrhée ; mort le 3 octobre.

Autopsie. — On trouve *de nombreuses poches kystiques de tout volume, sous le diaphragme, au milieu des anses intestinales*. Le foie présente à sa face convexe une grande poche kystique s'enfonçant profondément dans l'épaisseur de l'organe, et dont l'ouverture donne issue à un grand nombre de vésicules hydatiques. Deux autres kystes très-volumineux se trouvent l'un sur l'extrémité droite du foie, l'autre sur son bord antérieur ; un autre plus petit est situé sur le haut et comme encadré dans la petite courbure de l'estomac.

La rate offre aussi deux kystes faisant saillie à la surface et pénétrant profondément dans son épaisseur ; ils contiennent de nombreuses hydatides.

Mais les plus remarquables sont ceux qui se trouvent dans l'épaisseur du péritoine. *Le repli péritonéal qui forme le mésocôlon transverse présente dans toute sa longueur une chaîne interrompue de kyste du volume moyen d'une pomme d'api.*

Dans l'épaisseur du grand épiploon se trouvent clair-semés quelques kystes beaucoup plus petits. Tous les ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Près du hile du rein on constate un autre petit kyste de même nature que les autres, mais sans aucune connexion avec le tissu rénal.

OBSERVATION II

Cas de kystes hydatiques multiples causant la mort par compression du côlon, par de Bartolome. — Rapporté par Charles Atkin : Medical Press and circular. 1884, p. 38, (Traduction de l'auteur).

R. W. æt. 32, mécanicien, entre à l'hospice général de Sheffield, service du Dr de Bartolome, le 14 novembre 1884. Il est dans un état de maigreur absolue. C'est un alcoolique Rien à retenir dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Depuis trois semaines, il sent une douleur dans l'abdomen, il a des vomissements et des troubles de la miction et remarque une grosseur dans la région inguinale droite. Ces symptômes continuent et s'accroissent jusqu'à son entrée à l'hôpital. On constate que son ventre est augmenté de volume principalement sur la partie s'étendant de l'ombilic à la région inguinale droite.

Au palper on sent dans l'aîne droite, à l'ombilic et dans la fosse iliaque droite une demi fluctuation semblable à celle que laisserait sentir une collection de matières fécales. Le bord tranchant du foie et la rate sont recouverts par l'estomac très hypertrophié.

Le malade très affaibli à son entrée à l'hôpital, meurt le lendemain.

A l'autopsie on trouve la cavité abdominale remplie de kystes hydatiques suppurés ; un kyste énorme se trouve à la face postérieure du foie. La rate, cinq ou six fois plus

grosse que son volume normal, contient un volumineux kyste rempli d'hydatides filles ; enfin un énorme kyste occupe tout le petit bassin. Les autres organes sont sains.

La mort a été causée par les nombreux vomissements fécaloïdes consécutifs à la compression par les kystes du duodénum et du côlon transverse.

OBSERVATION III

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (Foie. Epiploon. Petit bassin), par Clado, — Progrès Médical, 1886, p. 676.

La malade dont il s'agit est morte dans le service de M. Rendu, à l'hôpital Necker.

A l'autopsie on trouve, *dans la cavité abdominale, de nombreux kystes dont le volume est variable, appendus au grand épiploon et remplissant la cavité. Des kystes semblables se voient dans la cavité du petit bassin et autour des organes du trépied pelvien, ainsi que dans le foie.* Le péritoine n'est nullement altéré, et, dans la cavité abdominale, il n'y a aucune espèce de liquide. Un grand nombre de kystes siègent en différents points du foie. Le parenchyme du foie est grasseux dans toute son étendue.

Les hydatides développées dans les lames épiploïques sont un rare et curieux exemple de localisation péritonéale. Elles flottent toutes avec facilité dans la cavité abdominale et ne présentent aucune adhérence soit entre elles soit avec les organes avoisinants. Chacune d'elles offre à peu près le

volume d'une grosse mandarine. On en compte une vingtaine. En examinant avec attention leurs faces, on acquiert bien vite la conviction qu'elles se sont développées dans l'épaisseur même des lames épiploïques, probablement sur le trajet des vaisseaux.

Elles sont en effet recouvertes sur leurs deux faces par la séreuse péritonéale, qui cependant n'est représentée sur quelques points que sous la forme de brides membraniformes absolument lisses. L'anatomie normale du grand épiploon nous explique cette apparence. Toutes sont composées d'une membrane fibreuse adventice et d'une membrane anhyste. Leur contenu est ou bien transparent ou bien roussâtre. Nulle part il n'y a de pus. Dans aucune d'elles nous n'avons trouvé d'hydatides filles, pas plus que de membrane granuleuse. L'estomac et les intestins, absolument sains d'ailleurs, sont repoussés en arrière par les nombreux kystes et forment un coussinet sur lequel ces derniers reposent.

Dans le grand bassin, il en existe quelques-unes, toutes sous le péritoine et facilement énucléables. Dans la cavité pelvienne, nous trouvons également de ces kystes qui sont tous groupés autour du trépied pelvien. Entre la vessie et l'utérus, il en existe un qui repousse la vessie en avant. Il est recouvert par le péritoine utéro-vésical. Entre l'utérus et le rectum, nous en rencontrons deux autres accolés, recouverts par le péritoine recto-vaginal et comprimant le rectum contre l'excavation sacrée. Cet intestin est dilaté au point de recevoir le poing fermé. Le cul-de-sac de Douglas ne se fait plus aux dépens du rectum et de l'utérus, mais il est limité en avant par ce dernier organe et en arrière par les deux kystes réunis. Les arcades de Douglas existent de cha-

que côté. Chacun des trois kystes qui viennent d'être décrits ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule. Entre les deux feuillets des ligaments larges droit et gauche, nous observons également de petites tumeurs kystiques dont le volume varie entre une noisette et une noix. Il en existe trois à gauche et deux à droites. L'utérus et ses annexes n'offrent aucune altération. Il en est de même de la vessie qui, sauf un peu de congestion du trigone, normal d'ailleurs, est dans un état parfait de conservation. Tous les kystes de la cavité pelvienne sont vierges d'hydatides filles, sauf celui qui est situé entre la vessie et l'utérus, qui en contient trois.

OBSERVATION IV

Kystes hydatiques du foie et du périloïne, par Von Gieson. Autopsie. New-York Medic. Record, novembre 1887, p. 690.

Il s'agit d'une femme morte avec du délire sans autres renseignements.

A l'autopsie on trouve : 1° un kyste sur le côté externe de la vésicule biliaire ; 2° un kyste dans la région lombaire ; 3° dans la région hypogastrique un kyste en forme de rein ; 4° dans la région inguinale gauche deux kystes, l'un de forme ovale, couché contre la paroi abdominale, l'autre, plus petit, est trouvé vers le pli de flexion ; 5° à droite, un groupe de quatre petits kystes repose sur le psoas, l'un d'eux adhère à l'appendice vermiculaire près de son embouchure dans le cœcum ; 6° dans l'épaisseur du mésentère on

voit encore de nombreux kystes ; 7° sur la face antérieure du col utérin il s'en trouve un plus volumineux, atteignant un pouce et demi de diamètre.

Les kystes sont remplis de vésicules qui sont enroulées en fuseaux. On y voit au microscope des cristaux de cholestérine, mais pas de scolex ; les hydatides étaient stériles.

OBSERVATIONS V et VI

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, par le D^r A. Westhoff (Greifswald). — Annals of surgery, 1893, t. XVII, p. 241. Traduction de l'auteur.

Deux de sept cas observés dans ma clinique sont d'un intérêt considérable. Le premier est celui d'un laboureur qui avait un énorme kyste hydatique siégeant au lobe droit du foie ; ce kyste a été évacué par une incision pratiquée parallèlement à l'arc costal.

Après deux mois de traitement par le drainage, il sortit de l'hôpital avec une fistule et revint six mois plus tard. La fistule persistait encore et il en était sorti de petites vésicules avant la réadmission du malade dans mon service. Maintenant, le lobe gauche du foie est manifestement augmenté de volume, mais on ne sent pas de tumeur. On ouvre l'abdomen sur la ligne blanche, on trouve le foie considérablement hypertrophié et œdémateux. En distendant le tissu hépatique, on constate l'existence d'un kyste dans le parenchyme hépatique, on l'excise et l'on suture les parois

de sa cavité à la plaie abdominale. Quelques jours plus tard, une ponction exploratrice révèle du pus à une profondeur considérable. On incise le foie au thermocautère et l'on arrive sur une énorme poche kystique qu'on ouvrit. Drainage de la cavité, cicatrisation complète au bout de trois mois.

Le second cas est celui d'un fermier âgé de 40 ans, souffrant d'une constipation continue et opiniâtre. Son estomac était dilaté et douloureux. Il se plaignait d'une céphalée intense et d'anorexie ; son état général était devenu très mauvais. Ces symptômes dataient seulement depuis trois semaines.

Après l'évacuation des intestins, l'abdomen étant moins distendu, on put sentir à la fois au-dessous du lobe gauche du foie et derrière la symphyse pubienne une grosse tumeur et l'on porta le diagnostic de kystes hydatiques multiples quelques jours plus tard, quand on découvrit quelques vésicules dans les fèces. Après une complète évacuation des intestins, on trouva une autre tumeur siégeant dans le bassin et remontant derrière la symphyse pubienne. On la sentait également par le toucher rectal, et le bassin était complètement rempli par la tumeur.

En ouvrant le péritoine, *on trouva un volumineux kyste derrière la symphyse. En introduisant la main dans la cavité abdominale, on en sentit un second, c'était un kyste de l'épiploon de la grosseur d'un œuf d'oie.* Ce dernier put être enlevé et son ablation fit voir un autre kyste du lobe droit du foie. *On sutura les parois du kyste à la plaie abdominale, et l'on fit un tamponnement avec de la*

gaze. Une autre incision fut pratiquée au niveau du kyste hépatique qui fut traité de la même façon. Au bout de huit jours, on ouvrit les kystes, ils laissèrent échapper un liquide clair et de nombreuses vésicules filles ; les deux poches furent disséquées et enlevées. Les deux plaies se cicatrisèrent parfaitement.

Dans ces deux cas, il y avait un grand nombre de kystes isolés, développés dans les différents organes abdominaux.

OBSERVATION VII

Kystes hydatiques multiples de l'abdomen par M. Peyrot. Bulletin de la Société de Chirurgie 13 Mars 1900.

R. . . . (Lucie) âgée de 27 ans entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Peyrot, le 1^{er} février 1900. Cette malade a été opérée le 13 février 1896 à l'Hôtel-Dieu par M. le Professeur Duplay d'un kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen.

Disons tout de suite que la longue cicatrice qui se dessine sur son abdomen, du pubis à un travers de main au-dessus de l'ombilie, est solide, plane et d'un très bon aspect. Dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique, on sent à la palpation, plusieurs masses plus ou moins profondes. Sur la ligne médiane, l'une d'elles apparaît grosse comme le poing. Au-dessous se sent une résistance diffuse, enfin profondément, le petit bassin est manifestement rempli par une tumeur ar-

rondie et rénitente. L'utérus est projeté en avant et en haut, comme on s'en assure par le toucher vaginal. Il est clair qu'il s'agit de kystes hydatiques nouveaux. La malade sent ses tumeurs se développer depuis deux ans. Elle commence à en souffrir beaucoup.

Opération le 19 février 1900. — Incision médiane, moins étendue que l'incision de la première intervention. A la partie supérieure de l'incision, on entre dans la cavité abdominale et on aperçoit le grand épiploon épaissi, œdémateux, d'un rouge grisâtre. Un kyste gros comme le poing est isolé à sa surface qui touche le bord périphérique du côlon transverse. Le grand épiploon, dans sa partie terminale, adhère fortement à la paroi abdominale et au fond de l'utérus. On le détache sans trop de peine. *Il est infiltré dans toute sa partie libre de kystes qui font tous une saillie hémisphérique à sa surface.* Il y en a une douzaine dont le volume varie des dimensions d'une pomme à celle d'une noisette.

J'énuclée d'abord le grand kyste, puis je détache toute la partie du grand épiploon qui porte les autres kystes, en rasant de près le côlon transverse. Reste le grand kyste du bassin; on l'aperçoit résistant, rond, d'un blanc brillant, derrière l'utérus qu'il refoule. Il emplit tout le petit bassin. Il semble que l'on pourrait l'enlever tout entier avec sa membrane fibreuse, si on voulait le décoller patiemment. Je préfère déchirer avec l'ongle cette membrane fibreuse sur l'étendue de quelques centimètres. Aussitôt une grande vésicule fait hernie qui, peu à peu, est amenée au dehors tout entière, sans être ouverte. Je puis la recueillir intacte et la faire peser dans cet état; son poids est de 1,400 grammes. Inspectant la face interne de la poche fibreuse qui

reste, j'y découvri deux autres hydatides, l'une grosse comme une pomme, l'autre de la dimension d'un petit pois, adhérente à la membrane fibreuse. Ces deux vésicules étaient contenues dans la même enveloppe que la grande, mais en dehors d'elle.

J'ai pu, avec une aiguille courbe de Reverdin, passer en tous sens un catgut d'une paroi de la membrane à l'autre et faire disparaître la cavité, que j'ai moi-même fermée par un dernier catgut porté sur l'ouverture froncée.

L'opération avait été un peu longue. L'hémostase n'était pas parfaite. J'ai jugé utile de drainer avec deux gros tubes de caoutchouc que j'ai retirés le second jour. Les suites de l'opération ont été absolument simples, sans élévation notable de la température. Aujourd'hui, la guérison avec réunion par première intention est absolument assurée.

Observations de kystes intrapéritonéaux primitifs.

OBSERVATION VIII

Cysticerques multiples chez un homme de 77 ans.

— Par Bonhomme, *Int. des Hôp. Gazette médicale de Lyon*, 1863. — (Autopsie).

Pierre Massot, âgé de 77 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 novembre 1862. Le malade est dans un

état d'affaissement absolu ; il meurt le 16 avril 1863 à 8 heures du matin.

Autopsie. — Indépendamment de nombreux cysticerques trouvés dans les muscles du tronc, le diaphragme, le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve un cysticerque dans le pancréas et un nombre considérable de kystes dans le mésentère.

Le foie, la rate, les reins étaient sains.

OBSERVATION IX

Echinocoques multiples du péritoine, par Geissel, Gazette des hôpitaux, 1878. — Autopsie.

La malade, actuellement âgée de 46 ans, rendait par l'intestin, depuis 10 ans, un liquide clair, aqueux, mélangé de membranes. A l'examen, on sentit à travers les parois amincies de l'abdomen de petites tumeurs très nombreuses et deux d'un grand volume. L'une d'elles, située à droite et à gauche de la ligne blanche, part de l'ombilic et s'enfonce dans le petit bassin. A la percussion, une matité absolue jusqu'à deux travers et demi de doigt au-dessus de l'ombilic. Sonorité complète dans les deux régions lombaires.

Les zones de matité et de sonorité ne se déplacent point dans les changements de position de la malade. Au niveau des points mats, la fluctuation est manifeste. On ne peut donc songer à une simple ascite. Le cœur est déplacé en haut (choc de la pointe dans le troisième espace intercostal. Matité épäatique commençant au niveau du quatrième espace

intercostal¹. Dyspnée mécanique, fonctions gastro-intestinales gênées ; constipation permanente ; défécation pénible. Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus se trouve derrière la symphyse pubienne et peut être difficilement atteint. On sent, des deux côtés de cet organe, des tumeurs fluctuantes. En combinant le toucher, la palpation et le toucher rectal, on perçoit des ondulations. Par le dernier mode d'exploration, on rencontre deux tumeurs fluctuantes qui paraissent avoir l'ovaire pour origine.

Geissel crut avoir affaire à un kyste multiloculaire de l'ovaire et, à la demande pressante de la malade, il pratiqua l'opération. Une incision allant du pubis à l'appendice xyphoïde, montra qu'il s'agissait *de kystes hydatiques nombreux, adhérents au péritoine et variant du volume d'un pois à une noix. Sur le milieu de la paroi abdominales, étaient deux kystes volumineux qui furent extirpés avec 27 petites tumeurs.* Ligatures de ca'gut pour arrêter l'hémorrhagie. Quelques kystes s'étaient déchirés pendant l'opération qui avait duré 2 heures 1/4. La malade mourut 5 heures après. L'autopsie montre que *le foie, la rate et les reins étaient sains.*

OBSERVATION X

Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale chez une femme enceinte. — Mort, autopsie. — Küchenmeister in Birch Hirschfeld Lehrbuch der pathologischen anatomie, Leipsig, 1877, p. 1156.

A l'autopsie on trouva la cavité péritonéale remplie de nombreux kystes d'échinocques. *L'un d'eux était solidement*^t

fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit, par atrophie, la paroi utérine à une lamelle et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait un obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rupture sous séreuse de l'utérus consécutive à une intervention obstétricale difficile.

OBSERVATION XI

*Hyalatide de l'épiploon et de l'excavation pelvienne :
ablation au 7^e mois de la grossesse ; Guérison.
Par Knowsley Thornton. Medical Times, 1878,
vol. II, p. 565.*

Il y a trois ans, la malade, qui est âgée maintenant de 32 ans, consultait pour une augmentation de volume du côté droit du ventre. On crut à un corps fibreux utérin.

Depuis cette époque les symptômes locaux n'ont fait que s'accroître ; en même temps apparaissait une cachexie générale. Depuis cinq mois que la malade est enceinte, la maladie n'a cessé de s'aggraver rapidement.

Examen direct. — Dans l'abdomen, à gauche, large tumeur globuleuse formée par l'utérus gravide (on sent les mouvements du fœtus, on entend battre le cœur). A droite et un peu en avant de lui, plusieurs tumeurs sphériques, mobiles sur l'utérus, mobiles les unes sur les autres. Une de ces tumeurs siège immédiatement au-dessus du pubis et donne une vague sensation de fluctuation. Le bassin est

rempli par un amas de petits corps ronds qui semblent ne tenir ni à l'utérus ni aux tumeurs intra-abdominales. Un peu à droite de la masse principale pelvienne, et parfaitement distincte d'elle, est une petite tumeur élastique du volume d'une noix, qui paraît fixée au sacrum. Le col utérin est normal ainsi que la cavité vaginale.

Bien que le diagnostic restât incertain, on se décida à faire une incision exploratrice devant permettre une opération s'il était possible.

L'incision, faite comme pour l'ovariotomie, amena tout d'abord *sur une poche purulente adhérente aux parois abdominales*. Après l'avoir vidée et excisée, on reconnut que les diverses tumeurs étaient formées *par des kystes hydatiques disséminés dans les cavités abdominale et pelvienne*. Les uns occupent l'épiploon et sont enlevés avec une partie de celui-ci ; d'autres se détachent par un pélicule de la région vésicale et sont extraits après ligature de leur insertion. Toutefois on dut laisser le kyste isolé, adhérent au sacrum et quelques-uns des kystes siégeant à droite dans l'abdomen.

Pansement comme pour l'ovariotomie. Les suites de l'opération furent assez complexes. Les sutures ayant dû être enlevées le 7^e jour, on trouva l'utérus gravide faisant hernie à travers la plaie. Sa réduction assurée par de nouvelles sutures, provoqua l'accouchement avant terme (7 mois 1/2) qui se fit d'ailleurs sans accident. Huit jours plus tard, nouvelle ouverture de la plaie donnant issue cette fois à une partie d'intestins.

Malgré ces complications, l'opérée pour qui on avait mis en pratique, dans toute sa rigueur, le pansement de Lister.

guérit complètement et ne tarda à reprendre santé et embonpoint.

OBSERVATION XII

Kystes hydatiques multiples de l'épiploon et du bassin. — Communication au Congrès des Sciences Médicales de Kœnigsberg, par Seydel, 1879.

Seydel présente une série de *kystes hydatiques de l'épiploon qui coexistaient avec un gros kyste solitaire situé dans le tissu cellulaire, entre le rectum et l'utérus*. Ils se trouvaient chez une juive de 19 ans. Elle avait présenté des symptômes d'obstruction due à une tumeur rénitente, élastique, située derrière l'utérus. Dans ces derniers temps, elle avait eu une diarrhée incoercible. Depuis cinq jours, la malade n'urinait pas, avait eu un peu de fièvre et de l'œdème des membres inférieurs.

Après la ponction de la grosse tumeur, on peut sentir des tumeurs plus petites, légèrement mobiles autour d'elle. La malade mourut quelque temps après du choléra et on trouva suspendu à l'épiploon cinq kystes du volume d'un œuf de poule avec pédicule, extrêmement long et mince,

OBSERVATION XIII

*Kystes hydatiques multiples du grand épiploon.
Laparatomie par M. le professeur Tillaux à
l'Hôtel-Dieu, 1887. Rapportée, par Tissier; Thèse
de Frédéric Albert, 1887.*

Femme âgée de 53 ans, a vu son ventre augmenter de volume depuis 4 ans. Cette tumeur abdominale est volumineuse, inégale, irrégulière. M. le professeur Tillaux pose facilement le diagnostic de kyste hydatique de la cavité abdominale. Il constate en effet un frémissement hydatique très net, mais dans une étendue assez restreinte au niveau de l'ombilic.

Ce premier point établi, il fallait déterminer dans quel organe s'était développé ce kyste hydatique. Ce n'était pas dans le foie, la tumeur absolument mate était séparée de cet organe par une zone sonore. La sonorité que l'on constatait aussi dans les flancs, le siège même de la tumeur dans la région péri-ombilicale permettaient de dire que les reins et la rate n'étaient pas non plus le siège de cette tumeur. Ce n'était pas davantage dans le mésentère. La tumeur dans ce cas eut offert en certains points des zones de sonorité dues à la présence d'anses intestinales. Deux hypothèses restaient en présence : ou bien le kyste hydatique avait pris naissance soit dans l'ovaire, soit dans le ligament large et était remonté dans la cavité abdominale, ou bien son siège était dans le grand épiploon.

Ce problème était impossible à résoudre, mais la fré-

quence relative de ce dernier cas décida M. le Professeur Tillaux pour le diagnostic de kystes hydatiques du grand épiploon.

Le toucher vaginal n'avait donné aucun renseignement.

Depuis longtemps déjà, la malade était gênée pour marcher ; elle était amaigrie, anémiée, jaune comme un coing. Aussi le Professeur Tillaux dit qu'il y avait lieu d'intervenir.

Opération le 30 juin. — L'incision sur la ligne médiane découvre une tumeur adhérente, fusionnée avec le péritoine. On agrandit l'incision au-dessus de l'ombilic. Dans les efforts faits pour détacher ces adhérences, la poche se rompt, et il en sort *sans liquide des hydatides claires ou flétries*. Cette poche était fort grande, et on put en extirper avec la main une grande quantité d'hydatides.

M. Tillaux trouve alors *une grappe de kystes hydatiques occupant tout le grand épiploon*. Cette grappe bridée par les feuillets du grand épiploon adhère en arrière à l'intestin ; elle est difficile à énucléer. Plusieurs poches s'ouvrent et donnent lieu à un écoulement de liquide blanc mélangé d'hydatides du volume d'un œuf de poule ou de pigeon.

Cet amas de tumeur plongeait dans le petit bassin et y adhérait. Une partie était adhérente à la vessie. Le Professeur Tillaux s'était déjà préoccupé de l'état de la vessie et avait pratiqué le cathétérisme une deuxième fois, la cavité abdominale étant ouverte. Le bec de la sonde resta au-dessous du pubis et n'obtint aucun liquide pendant cette exploration.

Le Professeur Tillaux se croyait en sûreté de ce côté ; mais la vessie avait probablement pris la forme d'un sablier,

et la sonde n'avait sans doute pas pu pénétrer à travers le rétrécissement dans la partie supérieure de la vessie. Celle-ci fut rompue en cherchant à arracher une poche qui lui était adhérente. D'autres poches occupaient le ligament large à droite et la corne de l'utérus du même côté, néanmoins, elles provenaient du grand épiploon.

La cavité abdominale étant libre, on put voir la face inférieure du foie et la vésicule biliaire absolument nettes.

L'énucléation fut pénible et dura une grande heure. L'opération dura en tout une heure $3/4$.

Des lavages à l'eau bouillie permirent de retirer des caillots et des hydatides des culs-de-sac ; la vessie fut suturée au catgut, et la paroi refermée avec des sutures à la soie. La malade était très affaiblie, on lui fit deux injections d'éther.

Le 3^e jour, le pouls était fréquent, il n'y avait pas de douleur, pas de vomissement ; mais la malade est anéantie, son ventre est tympanisé.

Examen des pièces. — Il y avait d'abord une énorme grappe constituée par une agglomération de tumeurs dont la principale était grosse comme une tête d'adulte. La deuxième partie plongeait dans le petit bassin. Elle était composée de trois masses plus petites, très fluctuantes et présentant le frémissement hydatique. En ouvrant une de ces masses, il s'en écoule le liquide caractéristique des kystes hydatiques.

OBSERVATION XIV

Kystes hydatiques multiples du grand épiploon et du bassin; Laparatomie. Guérison, par M. Bouilly. Bull. Soc. Chir., août 1887. — Thèse Fréd. Albert, 1887.

La malade, M^{me} L..., âgée de 30 ans, est entrée à la Maternité le 27 juin, envoyée par le Dr Hutinel. Cette femme n'est malade que depuis un an environ; dans l'hiver 1885-86, elle a eu un rhume un peu plus fort que les années précédentes; en septembre 1886, à la suite d'un refroidissement, elle a craché du sang et aurait expectoré des peaux analogues à celles qu'elle a rendues depuis. A ce moment, elle fut soignée comme tuberculose pulmonaire.

En décembre 1886, elle est reprise à nouveau de crachements de sang et de peaux, d'une odeur infecte, rappelant celle des œufs pourris; ces peaux étaient transparentes, d'une couleur de nacre, dit la malade.

En mars 1887, elle entre à la Pitié dans le service du Dr Hutinel. Avant son entrée, elle a rendu des peaux pendant quinze jours consécutifs, et, à son entrée, elle a des hémoptysies continuelles; elle est amaigrie, fiévreuse et considérée comme atteinte de pneumonie tuberculeuse.

On observe à ce moment une tumeur de l'abdomen qui est prise pour un fibrome.

Ce n'est que plus tard, en avril 1887, que la malade cracha à nouveau des membranes semblables à celles qu'elle avait précédemment rendues et qu'on parvint à établir le diagnostic de kyste hydatique du poumon. D'ailleurs, le

1^{er} mai, le Dr Hutinel fit à la Pitié, une ponction dans la tumeur abdominale et en retira un liquide clair comme l'eau de roche, contenant des crochets en quantité considérable, Le diagnostic était assuré.

Ce n'est qu'à partir des premiers jours de juin dernier que la malade a cessé de cracher du sang et de rendre des membranes dans l'expectoration.

Etat actuel. — La malade est pâle, amaigrie considérablement depuis le début de sa maladie. Son facies est néanmoins assez bon, et les grandes fonctions, ainsi que la menstruation, s'accomplissent assez bien. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. Le foie ne descend qu'à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes; au creux épigastrique on perçoit un bord tranchant qui paraît appartenir au lobe droit du foie.

Le ventre est surtout développé dans sa moitié sous-ombilicale. Dans cette région, existe sur la ligne médiane une saillie assez régulière, comme une vessie assez distendue par l'urine. Cette tumeur qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, est mate à une percussion superficielle et entourée partout d'une zone de sonorité. A la palpation, elle se montre composée d'une série de tumeurs multiples, grosses environ comme des œufs de dinde ou de poule, les unes fixes, les autres plus ou moins mobiles, s'étendant à droite et à gauche jusque dans les fosses iliaques et descendant en bas derrière le pubis. Parmi ces grosseurs, les unes semblent isolées de la masse principale qui est située à la région hypogastrique; les autres semblent juxtaposées de très près, de manière à former cette masse principale.

Il est difficile de sentir dans chacune de ces masses, une

vraie fluctuation, à cause de l'absence de plan résistant à leur face postérieure ; on y sent une tension et une rénitence bien accusées.

Il n'y a pas d'ascite, ni aucune trace de matité dans les flancs en faisant varier la position de la malade. La palpation est peu douloureuse ; nulle part on ne sent de frémissement hydatique.

Au toucher vaginal, on trouve le col abaissé, refoulé en avant contre le pubis ; le cul-de-sac antérieur est libre. En arrière du col, on tombe de suite sur une série de bosselures remplissant et déprimant le cul-de-sac postérieur.

Parmi ces bosselures, l'une est grosse environ comme une petite mandarine, franchement rénitente et fluctuante par le toucher digital ; d'autres moins volumineuses, sont situées à côté et ont le volume de billes ou de noix. Elles paraissent comme situées immédiatement dans la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur ; elles sont fixes en ce point et ne se laissent pas déplacer par la pression du doigt.

Les culs-de-sacs latéraux présentent également de ces grosseurs de divers volumes.

Opération, le 5 juillet. — Chloroforme facile, sans incident. Laparotomie médiane, incision de 8 centimètres entre le pubis et l'ombilic.

La main, introduite dans l'abdomen, retire *un premier kyste gros comme un œuf et plusieurs analogues ; on voit ensuite que ces kystes sont inclus dans les feuillets du grand épiploon*. Chaque kyste est pédiculisé au moyen d'une pince longue appliquée sur l'épiploon ou de pince en T. Une série de huit ou dix kystes est ainsi pédiculisée après avoir été lentement attirée à l'extérieur. Dans les manœuvres, plu-

sieurs de ces poches se rompent, vidant leur liquide, soit à l'extérieur, soit dans le péritoine. Immédiatement, un ou deux litres d'eau bouillie est injectée avec le laveur dans la cavité péritonéale.

Toute la masse épiploïque, pédiculisée et portant des kystes comme de gros fruits dans un filet, est réséquée aux ciseaux. Il en résulte un lambeau d'épiploon excisé de 20 centimètres environ, quadrangulaire et farci de tumeurs kystiques. Deux à trois poches de volume variable sont ensuite enlevées après pédiculisation partielle de l'épiploon auquel elles adhèrent. D'autres kystes, plus profondément situés, sont adhérents au bord concave de l'intestin grêle et doivent être détachés avec précautions. Une de ces adhérences donne un véritable jet de sang artériel et sur lequel on doit mettre une pince et une ligature.

C'est pour ainsi dire la première partie de l'opération ; *la seconde consiste à aller chercher les kystes pelviens situés dans le petit bassin et derrière l'utérus.* Ces kystes sont séniles, fortement adhérents au péritoine du petit bassin. Je les énuclée et les isole peu à peu à l'aide des doigts par arrachement, comme dans l'ablation des annexes de l'utérus adhérents aux parois pelviennes.

Dans ces manœuvres, plusieurs des kystes se rompent ; le liquide se répand dans le péritoine et la membrane de l'hydatide affaissée est extraite en totalité. Chaque rupture de kyste est suivie d'un grand lavage à l'eau bouillie. Ces ablations successives sont laborieuses, mais ne sont abandonnées que lorsque tout le cul-de-sac recto-utérin est bien vidé, et quand on ne sent plus nulle part de poche kystique. L'utérus et les ovaires sont facilement reconnus et explorés.

Dans la portion sus-ombilicale de l'abdomen, vers la région de la rate, le doigt croit reconnaître une bosselure rénitente située vers la rate et y adhérant sans doute ; mais dans le doute sur la présence réelle d'une tumeur de cette région, les recherches ne sont pas continuées. La main ne sent rien dans la région sus-ombilicale sur la ligne médiane.

L'opération est terminée par la ligature à la soie phéniquée des pédicules épiploïques au nombre de 10 à 12 et par un grand lavage de tout l'abdomen à l'eau bouillie et filtrée. Toutes les manœuvres, sutures et pansement compris, ont duré une heure et dix minutes. Pas de drainage de l'abdomen. Pansement avec gaze-iodoformée, ouate, bandage de flanelle. La malade se réveille facilement.

Dans la journée elle a un état de collapsus assez inquiétant et sa température s'abaisse jusqu'à $36^{\circ}2$; à 8 heures 1/2 elle remonte à $36^{\circ}9$; le pouls à 96. Ce fut le seul incident. Les suites opératoires furent d'une simplicité remarquable : il n'y eut ni vomissement, ni douleurs abdominales. Au troisième jour la température s'éleva le soir à $37^{\circ}8$. Maximum de la courbe.

Les règles réapparurent le lendemain de l'opération pendant un jour. Elles n'étaient terminées que depuis quelques jours.

Le 12 juillet, ablation des fils. Réunion complète par première intention. Le ventre est souple et indolent, l'appétit est bon, les garde-robes sont naturelles. Il n'y a eu qu'un seul cathétérisme, le jour de l'opération. Il est impossible de croire que cette malade a subi une laparatomie avec des manœuvres intra-péritonéales aussi complexes.

La guérison actuelle est absolue.

OBSERVATION XV

*Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin.
Inédite, due à la bonne obligeance de M.
Schwartz.*

L., Pauline, âgée de 23 ans, couturière, entre le 4 mars 1895 à l'hôpital Cochin, service de M. Schwartz. Rien à retenir dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à l'âge de 16 ans irrégulièrement. Règles peu abondantes, pas de pertes blanches. Elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

Histoire de la malade : Depuis 4 ans la malade est sujette à des étouffements ; palpitations de cœur ; indigestion au moment de ses règles. Il y a 3 mois, 6 ou 7 jours après ses règles, la malade fut prise d'étouffements, malaise général si prononcé qu'elle s'alite. Elle reste couchée pendant 3 semaines. Son ventre était ballonné ; elle vomissait beaucoup. Le médecin lui déclare qu'elle a une tumeur dans le ventre et la fait entrer à l'hôpital.

Examen. — La palpation est douloureuse. Au toucher on trouve dans le cul-de-sac postérieur une grosse tumeur mobile, douloureuse. Utérus en rétroflexion. Col petit, si dévié qu'on ne peut introduire l'hystéromètre.

Opérée le 29 mars par M. Schwartz, on ne trouve aucune tumeur de l'utérus ni des annexes. En revanche, *le grand épiploon est complètement farci de kystes hydatiques ; les plus gros sont comme le poing.* Au moment de l'ouverture du péritoine, un liquide séreux fit éruption en

dehors. Tout le grand épiploon est envahi ; le ganglion mésentérique est hypertrophié. On résèque le grand épiploon dans presque toute son étendue. Ceci fait, M. Schwartz touche la face inférieure du foie, rien d'anormal. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par un énorme kyste hydatique adhérent au rectum et à l'utérus tellement qu'on ne peut l'énucléer. On fait une ponction avec l'appareil Dieulafoy, rien ne sort, les hydatides obturant la canule. *On ouvre la poche, on en fixe les bords à la paroi abdominale*, le lavage de la cavité abdominale ayant été préalablement fait. Gaze iodoformée dans la poche ainsi suturée à la paroi. On enlève un petit kyste adhérent à la trompe droite. L'opération était rendue très difficile par les adhérences de la poche aux organes voisins. Points de suture ; la plaie suppure quelque temps, les fils s'éliminent un à un et très lentement. Pansements humides ; 15 jours après, pansements secs.

27 mai. — La p'aie est complètement fermée. Il reste deux petites fistules en voie de cicatrisation. La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XVI

Kystes hydatiques du péritoine et du bassin. — Inédite, due à la bonne obligeance de M. Schwartz.

L... Marie, 22 ans, entre à l'hôpital Cochin le 1^{er} décembre 1897, service de M. Schwartz. Les antécédents sont nuls du côté des ascendants ; la malade a une sœur qui a été opérée dans le service pour des kystes hydatiques multiples

du péritoine, actuellement elle a encore un volumineux kyste hydatique de la face convexe du foie.

Comme antécédents personnels, l'histoire de la malade est très confuse. Les premiers symptômes remontent à 6 mois avant son entrée à l'hôpital. D'abord ce sont ses règles qui deviennent très irrégulières, sont quelquefois en retard de 8 à 10 jours; pour avancer d'autres fois de 15 jours. Néanmoins la malade ne peut pas dire si vraiment elles sont plus abondantes qu'auparavant. Elle commence à se fatiguer très vite après le moindre effort de travail. Son appétit est très capricieux; elle ne mange que très peu; enfin de temps en temps elle vomit sans cause.

Deux mois avant son entrée la malade a une crise sérieuse. Pendant 8 jours elle a des douleurs terribles dans le ventre qui se ballonne considérablement; en outre elle vomit continuellement pendant ces 8 jours, vomissements glaireux. La malade perd un peu en blanc. Elle entre le 1^{er} décembre.

On l'examine, on lui trouve un utérus relativement peu mobile, une tumeur dans le cul-de-sac droit proéminent surtout dans le cul-de-sac postérieur. On pose le diagnostic de salpingite droite et on opère le 6 décembre.

Opération. — On trouve : 1° *un épiploon farci de kystes hydatiques de volume variant de celui d'un pépin d'orange à celui d'une noisette ou d'une mandarine. Extirpation complète de l'épiploon.*

2° *Un kyste hydatique du ligament large droit se prolongeant à droite sur le ligament, adhérent à l'utérus et à l'iliaque. Extirpation.*

3° *Un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas adhé-*

rent fortement au vagin et au rectum. On excise une grande partie de ce kyste, on extirpe la membrane hydatique et comme la dissection complète est impossible par le fait des adhérences étendues avec le rectum, on laisse une petite portion de la paroi conjonctive du kyste adhérente au rectum et au vagin.

Drainage de ces cupules de la paroi kystique par la paroi abdominale. A la suite de l'opération on retire les drains au bout de quelques temps ; la malade reprend quoique très lentement et sort avec sa plaie cicatrisée et assez bien portante le 27 janvier 1898.

OBSERVATION XVII

Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. — Laparotomie médiane. — Ablation de plusieurs kystes, ablation totale impossible. — Guérison opératoire. — Inédite, due à l'obligeance de M. Mauclaire.

La nommée J... Marie, âgée de 57 ans, ménagère, entre à l'hôpital Boucicaut, le 12 septembre 1898.

Aucun antécédent digne d'être noté.

Réglée pour la première fois à 16 ans 1/2 ; règles régulières, elle a eu 4 enfants.

Il y a 12 ou 13 ans, la malade a remarqué l'existence d'une petite « grosseur » au niveau de la région hépatique, grosseur qu'elle rattacha à une chute faite dans une cave quelque temps auparavant. Peu après elle entra à Beaujon où il fut question d'une opération.

En 1889, elle eut des vomissements de vésicules

« pleins d'eau claire comme l'eau de roche ». Ces vomissements persistent environ un mois. L'état de la malade s'améliora, mais la tumeur, après un affaissement momentané, reprit son volume et continua même d'augmenter. A l'entrée à l'hôpital, on constate que le ventre est volumineux, irrégulièrement bosselé, avec une circulation veineuse, sous-cutanée exagérée. A droite le ventre est plus saillant. A la palpation on sent une tumeur volumineuse occupant tout le ventre, plus considérable à droite, de forme bosselée, multi-loculaire, de consistance irrégulière, nettement fluctuante en certains points, élastique en d'autres.

A la percussion, matité partout, sauf en haut (intestins refoulés). Du côté droit du ventre, sur une des bosselures, la percussion rapide permet de constater un *frémissement hydatique des plus nets*.

La tumeur abdominale, prise entre les deux mains, est mobile et peut être refoulée alternativement à droite et à gauche.

Au toucher vaginal, on perçoit une masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur qui saille lorsqu'on appuie de haut en bas sur la tumeur abdominale.

La malade est très amaigrie, a perdu l'appétit en ces derniers temps; elle n'a pas de dégoût marqué pour les matières grasses; elle digère assez bien. Pas d'urticaire à répétition.

La malade réclame une intervention.

Opération le 21 septembre 1898. — Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine, on constate que toute la cavité péritonéale est remplie de poches kystiques développées dans le grand épiploon, le mésentère, le mésocôlon.

M. Mauclaire enlève par dissection quelques-unes des poches les plus superficielles, sans incident, mais à la partie supérieure un kyste adhère intimement au côlon transverse d'ailleurs méconnaissable en raison de son affaissement, de sa décoloration. En voulant couper aux ciseaux la paroi du kyste rompu, on ouvre la cavité du gros intestin. Rapidement, après protection de la cavité péritonéale et isolement de l'anse lésée, M. Mauclaire procède à la suture à la soie en deux plans. Il reste encore la plus grande partie de la tumeur, mais celle-ci adhère partout à l'intestin, s'infiltré dans le mésentère, descend dans la cavité pelvienne, remonte sous le foie que l'on ne peut apercevoir. Devant l'impossibilité de l'énucléation totale, M. Mauclaire se résout à refermer l'abdomen. Une mèche de gaze est laissée en regard de la perforation. Suture des plans superficiels.

La malade est constipée fortement avec de l'opium. Le 7^e jour, *elle a une débâcle intestinale de vésicules hydatiques, flétries, ratatinées, qui se reproduit le lendemain.*

8^e jour. Pansement. — Le pansement est taché de matières stercorales au niveau de la perforation intestinale, mais la fistule est très-petite. Pansement tous les deux jours ; tamponnement à la gaze iodoformée, la fistule se ferme et la malade sort guérie opératoirement le 6 octobre.

M. Mauclaire lui avait proposé une autre opération complémentaire. Elle consistait à *ouvrir la poche kystique principale par le cul-de-sac vaginal et à la marsupialiser dans le vagin et à la paroi abdominale*, c'est-à-dire un véritable drainage abdomino-vaginal. Mais la malade a préféré attendre encore quelque temps.

OBSERVATION XVIII

Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. — Laparatomie, hémisection utérine. — Mort. — Par M. J.-L. Faure, in Thèse Pétron, Paris, 1900.

M^{me} B. . . , 60 ans. Bonne santé antérieure. Souffre dans le ventre depuis longtemps.

Au toucher, tumeur abdominale énorme remontant très haut au-dessus de l'ombilic. On sent très nettement plusieurs masses volumineuses. Une dans la fosse iliaque droite, une dans la fosse iliaque gauche, une dans le petit bassin, remplissant le cul-de-sac postérieur et repoussant en haut et en avant le col dont la lèvre postérieure est effacée et semble faire corps avec la tumeur. Dans la région ombilicale est une tumeur grosse comme une tête d'adulte, mais mobile et paraissant rattachée au reste de la tumeur abdominale par un pédicule.

Le diagnostic porté est celui de fibrome.

Opération le 7 décembre 1897. — Laparotomie sur le plan incliné. Immédiatement je tombe sur la grosse tumeur mobile qui tient par un pédicule allongé à la masse qui remplit le bassin. Celle-ci paraît composée de plusieurs masses secondaires. A ce moment une de celles-ci s'éraïlle et laisse passer une vésicule hydatique. Nous sommes donc en présence de kystes multiples de la cavité abdominale. Le premier est extirpé sans difficulté par la section de son pédi-

cule. Un certain nombre, de volume variable (noisette, noix) et qui semblent semés dans le péritoine, sont enlevés sans difficulté. Il en est de même d'un gros kyste remplissant la fosse iliaque droite. A gauche, il y a, entre un kyste volumineux et l'uretère, une adhérence intime. L'uretère est peu à peu disséqué et séparé de la tumeur jusque dans la région du rein. Mais il y a du côté du petit bassin des adhérences si intimes avec les autres organes que je suis obligé de marsupialiser le kyste. Trois gros kystes, sans compter les petits, ont donc été extirpés ou marsupialisés. Mais le petit bassin, surtout au niveau du cul-de-sac de Douglas, est complètement envahi.

Dans la nécessité d'agir par le vagin pour ouvrir et surtout drainer le gros kyste du Douglas, et aussi *pour faire un large drainage abdomino-vaginal, qui me paraît indispensable, je suis obligé de sacrifier l'utérus qui d'ailleurs est petit et parfaitement sain.* L'hémisection utérine est pratiquée sans aucune difficulté. Elle facilite tellement la section vaginale et l'extirpation de chaque moitié utérine que depuis le premier coup de ciseaux sur le fond de l'utérus, jusqu'à la section du second pédicule utéro-ovarien, il s'écoule à peine une minute et demie. Les tranches vaginales ne saignent pas.

L'extirpation de l'utérus permet d'enlever le kyste situé derrière lui. Le ventre est alors refermé et le gros kyste de Douglas est ouvert et drainé par le vagin.

L'opération a duré en tout 1 heure 45.

Après trois jours de suites en apparence bénignes, la malade a décliné et est morte le 6^e jour, succombant évidemment à des accidents péritonéaux.

Conclusions

Les kystes hydatiques intra-péritonéaux, comme les autres kystes hydatiques de l'homme, sont une maladie fréquente surtout dans les pays où pullulent les chiens et où les gens vivent en intimité avec ces animaux.

Les auteurs admettent communément que les *kystes hydatiques multiples intra-péritonéaux sont consécutifs à la rupture d'un kyste viscéral primitif*. Les hydatides mises en liberté dans la cavité abdominale, seraient arrêtées par le mésentère, le grand épiploon, le tissu cellulaire sous-péritonéal ; obéissant aux lois de la pesanteur, elles tomberaient dans le bassin ; elles se grefferaient sur ces organes pour donner les kystes hydatiques.

Dans la séance du 27 mars dernier, M. Potherat a combattu cette théorie pathogénique. *L'hexacanthé est seul capable, d'après lui, de produire un kyste hydatique*. Or l'hydatide, atteint son complet développement dans l'intestin du chien, elle ne peut donc, à aucune de ses phases, reproduire chez l'homme des embryons hexacanthés, et partant des kystes ; il faudrait, en ce cas, lui supposer une évolution en retour, une *retrogenèse*, avons-nous dit, ce qui est inadmissible. Von Alexinsky et Riemann ont essayé de fixer cette théorie en faisant des expériences *in anima vili*. Ils ont injecté du liquide hydatique frais, du li-

quide contenant des scolex ; puis implanté des vésicules filles dans la cavité abdominale de lapins et de chiens. Dans ce dernier cas seulement ils ont obtenu un demi succès ; les hydatides implantées sont mortes en grand nombre, d'autres sont restées vivantes et ont augmenté de volume. Mais ils ne disent pas si ces hydatides ont produit des kystes parfaits. Leurs conclusions sont donc insuffisantes.

En tout cas les *kystes hydatiques* peuvent se développer primitivement dans la cavité péritonéale. Ils sont la conséquence de l'ingestion simultanée ou successive d'une certaine quantité d'œufs de *tœnia*. Les œufs se dépouillent de leur coque dans l'intestin, les embryons hexacanthes perforent alors l'intestin et arrivent dans les organes abdominaux soit par le canal thoracique et la grande circulation, témoin les kystes qu'on trouve dans les poumons, le cœur, le cerveau, etc., soit en cheminant directement de l'intestin dans le mésentère, l'épiploon.

L'infestation établie, la maladie met longtemps à évoluer ; elle se manifeste le plus souvent par une tumeur unique qui fixe l'attention du clinicien et le conduit à découvrir une série d'autres tumeurs disposées en chapelet dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'épiploon ou le mésentère. Ces tumeurs sont particulièrement dures, lisses, mamelonnées, rénitentes ; elles donnent lieu, dans des cas rares, à un frémissement spécial, le frémissement hydatique ;

elles atteignent des dimensions variant d'un pois à une tête d'adulte. Leur développement s'accompagne de troubles digestifs et de douleurs parfois assez vives. Elles peuvent comprimer les intestins et déterminer l'occlusion intestinale. Elles se rompent quelquefois dans l'estomac, plus souvent dans l'intestin au niveau du côlon et peuvent être expulsées au dehors sans entraîner de graves désordres ; quand elles sont suppurées, elles engendrent une péritonite souvent mortelle.

Les *kystes pelviens* compriment aussi le rectum, la vessie et l'utérus. La constipation et la rétention d'urine en sont les complications ordinaires ; chez les femmes enceintes ils peuvent amener la rupture de la matrice pendant le travail de l'accouchement.

Le *diagnostic* des kystes hydatiques multiples intra-péritonéaux est difficile à établir. Il faut les différencier : 1° *quand ils sont élevés* avec les tumeurs du foie, des reins, de la rate ; les tumeurs malignes de la cavité abdominale, les tumeurs du mésentère, la péritonite enkystée, la péritonite tuberculeuse, l'hydronéphrose, le rein flottant ; 2° *quand ils siègent dans le bassin*, avec les kystes de l'ovaire, les fibromes de l'utérus, les salpingites et salpingo-ovarites, la grossesse au début.

Le *pronostic* des kystes hydatiques multiples intrapéritonéaux est très sérieux, car il faut compter avec la rupture des tumeurs dans les organes. Quant

les kystes sont suppurés leur rupture entraîne souvent une péritonite rapidement mortelle. Aussi importe-t-il d'opérer aussitôt que le diagnostic a été posé.

Tous les cas ne sont pas justiciables du même traitement. 1° *Quand les kystes siègent au-dessus du bassin*, qu'ils sont pédiculés, le procédé de choix, c'est l'extirpation après ligature du pédicule ; si les kystes siègent dans un organe physiologiquement insignifiant, dans le grand épiploon, par exemple, on devra réséquer cet organe et l'enlever avec les kystes. Les kystes contenus dans le mésentère et dans les ligaments larges seront énucléés.

2° *Quand les tumeurs siègent dans le plan inférieur de la cavité abdominale*, qu'elles ont contracté des adhérences solides avec les organes voisins et que l'on ne peut pas les énucléer, il faut les marsupialiser ; la marsupialisation s'impose pour les kystes suppurés ; On pourra marsupialiser les *kystes pelviens* dans le vagin ou faire le drainage abdomino-pelvien quand l'extirpation paraît trop ingénieuse.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

Adams. — Hydatid cyst in the parietes of the abdomen. *Lancet*, London, 1851, p. 455.

Albert (Frédéric). — Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. Paris, 1887.

Alexinsky von. — *Archiv. f. Klin. Chir.* LVI, 4.

Annals of surgery, 1893, XVII, p. 241.

Arbee (W. L.). — Congenital tumour composed of numerous cysts. *Am. J. M. Sc. Phila*, 1844.

Baraduc. — Traitement des kystes abdominaux. Thèse Paris, 1898.

Barbarin. — *Bullet. Soc. anat.*, 1898, p. 689.

De Bartolome. — Case of multiple hydatids cysts causing death by pressure of the cōlon. *Medical Press and circular*, 1884, XXXVIII.

Bixby (G.-H.). — Cases of cystic tumors of the abdomen and pelvis. *Trans. Amer. Gynec. Soc. Bost.*, 1876.

Blandin. — Observations de tumeurs hydatiques occupant la fosse iliaque gauche. *Gaz. des Hôpit. Paris*, 1844, 2^e s., VI.

Blandin. — Kystes hydatiques développés dans la
Ferval

bourse muqueuse des muscles iliaque et psoas. Journal de méd. et chir. pratique. Paris, 1844, XV.

Blanchard R. — Histoire naturelle médicale, t. I.

Bouhomme. — Cysticerques multiples chez un homme de 77 ans. Gaz. méd. de Lyon, 1863, XVI, 542-544.

Bouilly. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin, laparotomie. Bullet. Soc. Chir., XIII, p. 475.

Braine. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Laparotomie, hépatotomie. Thèse de Paris, 1886.

Bristowe (J.-S.). — Ou hydatide tumors of the abdomen and tumors simulating them. St Thomas's hospit. Rep. 1881. London 1882, n. s. XI, 153, 163.

Broca. — Kystes hydatiques multiples du foie, ponction d'une poche volumineuse suppurée au devant de la vésie. Mort. Bull. Sociét. anat. 13 mars 1886.

Charcot et Davaine. — Notes sur un cas de kystes hydatiques multiples. Comptes rendus, Soc. biol. 1857, Paris 1858.

Charcot. — Mémoire. Bullet. Soc. biol. 1852.

Cludo. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (foie, épiploon, petit bassin), Progrès médical, Paris 1886, 2^e s. IV, p. 676.

Collet. — Kystes du mésentère, thèse Paris 1886.

Pierre Delbet. — Bulletin de l'Académie de médecine, Paris 18 février et 26 mai 1896.

Davaine. — Traité des entozoaires.

Demarquay. — Observations de tumeurs hydatiques occupant la fosse iliaque gauche. Gaz. méd. Paris 1844.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Dupérié. — Tuberculisation pulmonaire ; kystes hydatiques multiples du péritoine simulant une généralisation

tuberculeuse. *Bullet. Sociét. anat. Paris* 1875, I, 840, 843.

Fenger. — Kystes rétropéritonéaux. *Journal of american association* 1887, 21 mai.

Eiedler. — Fall von cysticerken in den mesenterialdrusen in Gehirn und der Lunge. *Arch. d. Heilk, Leipz.* 1863, IV, 268, 271.

Von Finsen. — Les échinocoques en Islande, *Archives générales de médecine*, 6^e série, t. XIII, 1869, p. 19 et 191.

Freund. — *Archiv. fur Gynaekolog.* XV, 1880.

Geissel. — Echinocoques multiples du péritoine. (*Deutsch med. Wochenschrift*, octobre 1877).

Gérard. — Des kystes hydatiques du péritoine. *Paris*, 1875.

Von Gieson. — Echinococcus cyst of the liver and peritoneum. *New-York pathological Society*, 12 octobre 1887.

Girard. — Kystes hydatiques du foie et de la rate. *Marseille méd.* 1880, XVII, p. 353-358.

Guinard (Aimé). — Neuf kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (quatre dans le foie ; un dans l'épiploon gastro-splénique : un dans le ligament large du côté gauche ; trois dans le grand épiploon) coxalgie ; mort. Autopsie. *Bull. soc. anat.* 1881, p. 744.

Habershon (S.-O). — Hydatids between stomach and colon *Guy's Hosp. Rep. London.* 1830, 3^e S. 194.

Havage. — Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, du rein, des épiploons et du petit bassin ; obstruction intestinale ; compression de la veine cave inférieure. *Bull. Sociét. anat. Paris*, 1879, p. 622 et *Progrès méd. Paris*, 1880, p. 433.

Himmelfarb (G.-J.). — Sluchoi echinokokkov bronshi-

ni i tazovoi klietchatki (Vratch. Saint-Pétersb. 1883, IV, 376-388.

Hunter. — An account of the dissection of a man that died of a suppression of urine produced by a collection of hydatids between of the bladder and rectum ; with observation on the manner in which hydatids grow' and multiply in the human body. — Transact. Society Improved Med. and chirurgical Knowledge. — London, 1793, I, p. 34-52.

Jannin. — Fait pratique de chirurgie concernant un dépôt des hydatides à la région lombaire droite. Journ. gén. de Méd. Chir, et pharmacie. Paris, 1805, XXXIII, 254-261.

Jones. — Spécimen of hydatids from the subperitoneal cellular tissue. — Transact, Pathol Society. Lond, 1153-4 298-301.

Krabbe. — Archiv. der Heilkunde, t. XVI.

Knowsley Thornton — Hydatide de l'épiploon et de l'excavation pelvienne, ablation au 7^e mois de la grossesse, guérison ; Medical Times and gaz. 878, vol. II, p. 565.

Kuchenmeister. — Birch. Hirschfeld Lehrbuch der pathologische anatomie, Leipsig, 1877, p. 4156.

Lacombe. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. Bull. Soc. Anat. Paris 1872.

Luton (Alfred). — Article entozoaires du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XIII, de Jaccoud.

Masseron. — Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Thèse. Paris, 1882.

Mouille. — Des kystes hydatiques rétro-vésicaux, Paris, 1889.

Moore (W). — Multiple abdominal hydatids. Méd. Journ. Australasia, 1897.

Nicaise. — Bull. Sociét. Chir. 1884, p. 551.

Peyrot. — Société de chirurgie, séance du 7 mars 1900.

Pinault. — Hydatides développées dans le foie, l'épiploon gastro-hépatique, gastro-colique et dans le grand épiploon avec tumeur située sur les cartilages des côtes sternales droites, pleurésie chronique. Bull. Soc. Anat. Paris, 1841.

Parak. — Gazette hebdomadaire, 1884, p. 137-157-184-206.

Potocki. — Progrès médical, 1875, t. IV, p. 811.

Pozzi. — Revue gynécologie et de chirurgie abdominale, 1898, p. 729.

Puchelt. — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impredientibus.

Riemann. — Semaine médicale, 1899, p. 438.

Sabatier. — Traité de l'art chirurgical.

Seydel. — Kystes hydatiques multiples de l'épiploon avec kystes hydatiques du cul-de-sac utéro-rectal, ayant donné lieu à des phénomènes d'étranglement suivi de diarrhée incoercible. Ponction de cette tumeur. Incontinence d'urine. Retour de la diarrhée. Mort avec symptômes cholériformes. Berlin. Klin. Woc. 2 février 1881.

Schroeder. — Berliner. Klin. Woch. 1880-1884.

Soudocoff. — Infection péritonéale généralisée. Vrach, 1897, 30 octobre.

Spencer Wells — Traité de l'ovariotomie.

Tillaux. — Kystes hydatiques multiples du grand épiploon. — Rapportée par Tissier, in thèse Frédéric Albert, 1887.

Verneuil. — Bullet. Sociét. anat. 1881.

Vinogradov (N). — Kotovtshikov. Medical obozr. Mosk. 1886. XXV, p. 415-425.

Westhoff. — Multiple echinocci in the abdominal cavity annals of surgery, 1893, XVII.

